


3 1761 11701777 2



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761117017772>

CA1
V62
-2006
A33

125

Government
Publications



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Aging

Vieillessement

Chair:
The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Présidente :
L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Friday, May 9, 2008

Le vendredi 9 mai 2008

Issue No. 7

Fascicule n° 7

Thirteenth and fourteenth meetings on:
Special study on aging

Treizième et quatorzième réunions concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

* Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

WELLAND, ONTARIO, Friday, May 9, 2008
(14)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:05 a.m., in the gymnasium, Rose City Seniors Activity Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, C.P., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy and Mercer (4).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1)

WITNESSES:

Regional Municipality of Niagara Community Services Department:

Carol Rudel, Manager, Seniors Community Programs;

Dominic Ventresca, Director of Seniors Services.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre:

Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration.

Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse:

Maureen Etkin, Regional Consultant, Central West;

Gail MacKenzie-High, Chair, Niagara Elder Abuse Prevention Network.

Alzheimer's Society of Niagara Region:

Marge Dempsey, Acting Chief Executive Officer.

Ontario Home Care Association:

Susan D. VanderBent, Executive Director.

Hamilton Council on Aging:

Denise O'Connor, Executive Director;

Carolyn Rosenthal, Chair, Board of Directors.

Community Support Services of Niagara:

Wendy Walker, Executive Director;

Patricia Tooley, Program Manager;

Pat Frank, Chair, Board of Directors.

PROCÈS-VERBAUX

WELLAND, ONTARIO, le vendredi 9 mai 2008
(14)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, dans le gymnase du Centre d'activités pour les aînés de Rose City, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy et Mercer (4).

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Michael Toye, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude des incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara :

Carol Rudel, gestionnaire, Programmes communautaires des aînés;

Dominic Ventresca, directeur, aux Services aux aînés.

Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant :

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration.

Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées :

Maureen Etkin, conseillère régionale, centre-ouest;

Gail MacKenzie-High, présidente, Niagara Elder Abuse Prevention Network.

Société Alzheimer de la région de Niagara :

Marge Dempsey, chef de la direction par intérim.

Ontario Home Care Association :

Susan D. VanderBent, directrice générale.

Hamilton Council on aging :

Denise O'Connor, directrice générale;

Carolyn Rosenthal, présidente, conseil d'administration.

Services de soutien communautaire de Niagara :

Wendy Walker, directrice générale;

Patricia Tooley, gestionnaire de programme;

Pat Frank, président, conseil d'administration.

Niagara Health System:

Wendy Robb, Health Program Director, Port Colborne Site.

The chair made a statement.

It was agreed that cameras be permitted to film the proceedings while the committee is travelling.

Mr. Ventresca, Mr. Peirce, Ms. Etkin and Ms. MacKenzie-High each made a presentation and answered questions.

At 10:22 a.m., the committee suspended.

At 10:36 a.m., the committee resumed.

Ms. Dempsey, Ms. VanderBent, Ms. Rosenthal and Ms. Walker each made a presentation and, together with Ms. O'Connor and Ms. Tooley, answered questions.

At 12:01 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

WELLAND, ONTARIO, Friday, May 9, 2008
(15)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:01 p.m., in the gymnasium, Rose City Seniors Activity Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy and Mercer (4).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see *proceedings of the committee, Issue No. 1*)

WITNESSES:

Older Women's Network:

Thelma McGillivray, Past Chair.

Canadian Pensioners Concerned Incorporated:

Christine Mounstevan, President, Ontario Division;

Sylvia Hall, Secretary/Treasurer, Ontario Division.

Système de santé de Niagara :

Wendy Robb, directrice des soins médicaux, site de Port Colborne.

La présidente fait une déclaration.

Il est convenu de permettre l'enregistrement des délibérations du comité à l'aide de caméras lorsque le comité est en déplacement.

MM. Ventresca et Peirce et Mmes Etkin et MacKenzie-High font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 10 h 22, la séance est interrompue.

À 10 h 36, la séance reprend.

Mmes Dempsey, VanderBent, Rosenthal et Walker font chacune une déclaration puis, aidées de Mmes O'Connor et Tooley, répondent aux questions.

À 12 h 1, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

WELLAND, ONTARIO, le vendredi 9 mai 2008
(15)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 1, dans le gymnase du Centre d'activités pour les aînés de Rose City, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy et Mercer (4).

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Michael Toye, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude des incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Older Women's Network :

Thelma McGillivray, ancienne présidente.

Corporation canadienne des retraités intéressés :

Christine Mounstevan, présidente, section de l'Ontario;

Sylvia Hall, secrétaire-trésorière, section de l'Ontario.

Rose City Seniors Activity Centre:

John Rose, Vice-Chair.

Welland Accessibility Advisory Committee:

Russ Findlay, Chair.

Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland:

Doug Rapelje, Representative.

Francophone Community Health Centre Hamilton/Niagara:

Marcel Castonguay, Director General.

Foyer Richelieu:

André Tremblay, Director General.

As an individual:

Gary Atamanyk.

Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne:

Roland Méthot, Chair.

VON Canada:

Marlene Slepko, Interim Branch Manager.

As an individual:

Ron Walker.

The chair made a statement.

Ms. McGillivray, Ms. Mounstevan and Ms. Sylvia Hall each made a presentation and answered questions.

At 2:28 p.m., the committee suspended.

At 2:35 p.m., the committee resumed.

Mr. Findlay, Mr. Rose, Mr. Rapelje, Mr. Castonguay and Mr. Tremblay each made a presentation and answered questions.

Mr. Atamanyk, Mr. Méthot, Ms. Slepko and Mr. Walker each made a statement.

At 4:22 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:**Centre d'activités des aînés de Rose City :*

John Rose, vice-président.

Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland :

Russ Findlay, président;

Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland :

Doug Rapelje, représentant.

Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara :

Marcel Castonguay, directeur général.

Foyer Richelieu :

André Tremblay, directeur général.

À titre personnel :

Gary Atamanyk.

Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne :

Roland Méthot, président.

VON Canada :

Marlene Slepko, directrice de succursale par intérim.

À titre personnel :

Ron Walker.

La présidente fait une déclaration.

Mmes McGillivray, Mounstevan et Sylvia Hall font chacune une déclaration puis répondent aux questions.

À 14 h 28, la séance est interrompue.

À 14 h 35, la séance reprend.

MM. Findlay, Rose, Rapelje, Castonguay et Tremblay font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

MM. Atamanyk et Méthot, ainsi que Mme Slepko et M. Walker, font chacun une déclaration.

À 16 h 22, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

WELLAND, Ontario, Friday, May 9, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:05 a.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good morning. We are delighted to be here in Welland, Ontario. We are examining in our committee the implications of aging and an aging society in Canada.

The range of complex issues, of course, is substantive and this is the first stop in our cross-Canada trip. We decided we would start in southern Ontario, and in this particular region, because we were informed that this region had a number of people who are considered seniors in this area.

We welcome this morning, from the Regional Municipality of the Niagara Community Services Department, Carol Rudel, Manager of Seniors Community Programs, and Dominic Ventresca, Director of Senior Services; from the Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre, Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration; from the Niagara Health System, Wendy Robb, Health Program Director, Port Colborne Site.

From the Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse, Maureen Etkin, Regional Consultant, Central West; Gail MacKenzie-High, Coordinator, Respite Companion Program.

Welcome to all of you this morning. I notice that Ms. Robb is not here, but Dominic Ventresca will begin with the first presentation.

Dominic Ventresca, Director of Senior Services, Regional Municipality of Niagara Community Services Department: Carol Rudel, the manager of Seniors Community Programs, who is with me today, and I have read with keen interest the Senate committee's second interim report. We are pleased to have this opportunity to provide you with illustrations of some of the issues that are pressing in our region, reinforcing some of the committee's proposed options, and also respectfully suggesting additional issues for the committee's consideration.

Our perspective is from professional involvement, if you will, working in this region for a combined 57 years and working with the Niagara Region Senior Services, which is a division of the municipality that oversees the 420,000 citizens in Niagara with 12 local area municipalities. As the chair said, we have a good

TÉMOIGNAGES

WELLAND, Ontario, le vendredi 9 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour, nous sommes très heureux d'être ici, à Welland, en Ontario. Le comité se penche en ce moment sur les incidences du vieillissement, notamment du vieillissement de la société canadienne.

Il s'agit évidemment d'un vaste ensemble de questions complexes, et c'est la première étape d'un voyage que nous faisons d'un bout à l'autre du Canada. Nous avons décidé de commencer par le sud de l'Ontario, et plus précisément par la région dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui, parce qu'on nous a dit qu'il y a ici beaucoup de gens qu'on considère comme étant des aînés.

Nous accueillons ce matin Mme Carol Rudel et M. Dominic Ventresca, respectivement gestionnaire des programmes communautaires aux aînés et directeur des Services aux aînés des Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara. Nous accueillons également M. Tom Peirce, directeur principal de la planification stratégique et de l'intégration du Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant, ainsi que Mme Wendy Robb, directrice du système des soins médicaux, site de Port Colborne, du Système de santé de Niagara.

Nous recevons aussi Mmes Maureen Etkin et Gail MacKenzie-High, respectivement conseillère de la région du centre-ouest et coordonnatrice du Respite Companion Program du Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées.

Bienvenue à tous. Je remarque que Mme Robb n'est pas ici, mais M. Ventresca va présenter le premier exposé.

Dominic Ventresca, directeur, Services aux aînés, Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara : Carol Rudel, gestionnaire des programmes communautaires destinés aux aînés, qui m'accompagne aujourd'hui, et moi avons lu avec grand intérêt le deuxième rapport intérimaire du comité sénatorial. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de vous présenter aujourd'hui des exemples de problèmes qu'il est urgent de régler dans notre région, afin d'appuyer certaines des options proposées par le comité et de lui suggérer respectueusement certains points supplémentaires à étudier.

Notre point de vue est fondé sur notre engagement professionnel, si je puis dire, puisque, à nous deux, nous travaillons depuis 57 ans dans la région et au sein de l'organisme Senior Services de la région de Niagara, qui est un service de la municipalité chargé de s'occuper de 420 000 citoyens

number of seniors in this region, approximately 18 per cent, which is above the provincial and national averages, and one of the oldest census metropolitan areas in Canada.

I will give you a bit of context for the Niagara Region Senior Services. The municipality operates eight long-term care homes. We accommodate 957 residents. As well, we have a regional dementia centre, which is somewhat of a unique operation in Ontario, to address the needs of those with advanced dementia issues and also respite.

We also serve 400 to 500 individuals who live in the community through our ten adult day programs. We serve about 50 individuals through a supportive housing operation and probably another 2,500 individuals through programs such as our in-home respite program, our client intervention and assistance services, and also through caregiver education. In total, we employ about 1,100 staff and we engage over 900 volunteers who contribute to meeting the needs of our seniors through our programs.

We operate a small local continuum of care that bridges from community programs to long-term care programs and we expend approximately \$54 million a year providing that care.

We recognize, though, that we cannot serve the entire region by ourselves and therefore have entered into numerous formal and informal partnerships with various others in the community to attempt to provide a more integrated approach to care for seniors.

To give you some examples, two of our long-term care homes are attached to hospitals in our region. Two of our long-term care homes have enabled community hospices to be constructed on our sites. We have a multi-agency and an inter-disciplinary admission, treatment and discharge team that assesses the needs for individuals with dementia to determine their eligibility for our dementia care centre that I referenced earlier, and also to assess perhaps alternative care if the centre is not the appropriate care for these individuals.

I mention as an aside that this evening, that team has been nominated for a geriatrics award in the south central region of Ontario.

The Niagara Region has also facilitated the construction of the Alzheimer Society's Family and Community Resource Centre on the site of one of our long-term care homes.

Finally, as an example, we are involved on the advisory committee of a unique program that has been initiated here in Niagara called the Home to Stay program, which is an attempt to

de 12 municipalités de la région de Niagara. Comme la présidente l'a dit, il y a beaucoup de personnes âgées dans la région, environ 18 p. 100 de la population, ce qui est plus que la moyenne provinciale et la moyenne nationale, ce qui classe la région métropolitaine de recensement de Niagara parmi celles où l'on trouve le plus grand nombre de personnes âgées au Canada.

Je vais vous expliquer un peu ce que fait l'organisme Senior Services de la région de Niagara. La municipalité exploite huit foyers de soins de longue durée. Nous offrons des services à 957 résidents. Nous avons aussi un centre régional de soins de la démence, ce qui est en quelque sorte une chose unique en Ontario, et ce centre nous permet de répondre aux besoins de gens qui ont de graves troubles de démence et de ceux qui ont besoin de répit.

Nous offrons également des services à 400 ou 500 résidents de la collectivité dans le cadre de dix programmes de jour pour adultes. Nous offrons aussi des services à quelque 50 personnes dans les logements supervisés ainsi qu'à 2 500 autres personnes environ dans le cadre de programmes comme notre programme de relève au foyer, des services d'intervention et d'aide, ainsi que d'enseignement pour les aidants. Au total, nous avons environ 1 100 employés et plus de 900 bénévoles qui contribuent à répondre aux besoins de nos aînés dans le cadre de nos programmes.

Nous offrons un petit continuum de soins à l'échelle locale qui va des programmes communautaires aux programmes de soins de longue durée, et nous dépensons environ 54 millions de dollars par année pour ces soins.

Nous savons cependant que nous ne pouvons pas offrir tous les services nécessaires dans la région à nous seuls et nous avons formé un certain nombre de partenariats officiels et non officiels avec d'autres parties de la collectivité pour tenter d'avoir une approche intégrée des soins offerts aux personnes âgées.

Pour vous donner quelques exemples, deux de nos foyers de soins de longue durée sont rattachés à des hôpitaux de la région. Deux des foyers de soins de longue durée ont permis qu'un hospice communautaire soit construit sur leur site. Nous avons une équipe interdisciplinaire et multiorganismes d'admission, de traitement et de congé qui évalue les besoins des personnes atteintes de démence pour déterminer leur admissibilité au centre de traitement de la démence dont j'ai parlé tout à l'heure, ou encore d'autres soins, si ce centre n'est pas le bon choix pour ces personnes.

Soit dit en passant, cette équipe a été nommée ce soir candidate à un prix en gériatrie dans la région du centre-sud de l'Ontario.

La région de Niagara a de plus facilité la construction du centre de ressources familiales et communautaires de la Société Alzheimer sur l'emplacement de l'un des foyers de soins de longue durée.

Enfin, à titre d'exemple, nous siégeons au comité consultatif d'un programme unique qui a vu le jour ici, dans la région de Niagara, et qui s'intitule Home to Stay. Ce programme vise à

provide multi-agency support on an immediate basis to people who are in emergency wards or on the cusp of being admitted to a hospital, or perhaps to prevent admission to a hospital.

A couple of examples of the type of collaboration we have engaged in, with a view to providing and enabling integrated care, we are both involved in numerous Local Health Integration Network initiatives, for example, on the alternative level of care issue, the aging at home issue and related strategies. We also belong to a local Hamilton Niagara Haldimand Brant geriatrics network and a community support services network, and I serve on the Board of the Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors.

I have given you a little context as to the perspective from which we come and hopefully, have provided a little bit of, let us say, grounds for credibility as to the comments we make here.

As I mentioned earlier, Niagara being the census metropolitan area with one of the oldest demographics of seniors in Canada, we believe that Niagara serves as a microcosm or a living laboratory on what much of the rest of Canada will look like as the baby boomers reach their retirement age. Niagara should be looked at more carefully because we can learn from what is happening here and, as we develop solutions here, they can be used perhaps as a best practice or, at least, as a prototype for consideration across the country.

Briefly, some feedback on the interim report, beginning with a bit of information on the Niagara status relative to supports in the home, we will focus on all the various issues that you have raised on improved housing and transportation.

In Niagara, wait lists for subsidized housing are long and local transit is somewhat limited particularly because we have rural areas interspersed between our major small municipalities. We also have intermunicipal transit operated by the Niagara region, but it is limited in its initial phase to medical appointments only. Based on this pressing need for affordable housing in Niagara, we strongly reinforce the committee's proposed option 51 relating to the call for increasing the stock of affordable housing across the country.

As our local area planning data indicate, Niagara is critically short of affordable supportive housing, particularly in the southern communities of Niagara. This shortage has been viewed by many informed observers as a root cause for the inordinately long wait list for long-term care homes in Niagara.

fournir un soutien multiorganismes immédiat aux gens qui attendent au service des urgences des hôpitaux ou qui sont sur le point d'être admis dans un hôpital, ou encore peut-être pour prévenir leur admission dans un hôpital.

Je vais vous donner deux ou trois exemples du genre de collaboration auquel nous prenons part. Dans le but de promouvoir une meilleure intégration des soins de santé, nous participons tous deux à de nombreuses initiatives du Réseau local d'intégration des services de santé, par exemple, sur l'autre niveau de soins, le vieillissement à domicile et les stratégies connexes. Nous sommes également membres du réseau de gériatrie de Hamilton Niagara Haldimand Brant et d'un réseau de services de soins communautaires, et je siège au conseil d'administration de l'Ontario Association of Non-Profit Homes and Services for Seniors.

Je vous ai donné quelques éléments pour mettre notre point de vue en contexte, et j'espère aussi vous avoir donné des motifs, disons, pour accorder du crédit aux observations que nous allons formuler.

Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, la région métropolitaine de recensement de Niagara se classe parmi celles où l'on trouve le plus grand nombre de personnes âgées au Canada, et nous sommes d'avis que cette région est un microcosme ou un laboratoire vivant où l'on peut prévoir la situation dans laquelle se trouvera le reste du Canada lorsque les baby-boomers atteindront l'âge de la retraite. On devrait examiner attentivement la situation dans la région de Niagara, parce que nous pouvons apprendre de ce qui se passe ici, et les solutions que nous trouverons pour la région pourront peut-être être utilisées ensuite comme pratiques exemplaires, ou, à tout le moins, comme prototype lorsqu'il s'agira de trouver des solutions pour l'ensemble du pays.

Nous allons vous parler brièvement des réactions au rapport provisoire, en commençant par vous donner un peu d'information sur la situation dans la région de Niagara en ce qui a trait au soutien à domicile, et nous allons aborder toutes les questions que vous avez soulevées par rapport à l'amélioration du logement et du transport.

Dans la région de Niagara, les listes d'attente des logements subventionnés sont longues, et les transports publics locaux sont quelque peu limités, parce qu'il y a des régions rurales entre les grandes municipalités. La région de Niagara offre également des services de transport public entre municipalités, mais ceux-ci sont limités dans leur phase initiale aux rendez-vous médicaux. En nous fondant sur le besoin urgent d'un plus grand nombre de logements abordables, nous appuyons l'option 51 proposée par le comité, soit d'accroître le parc de logements abordables d'un bout à l'autre du pays.

Comme l'indiquent les données de planification locale, la région de Niagara souffre d'un grave manque de logements supervisés abordables, en particulier dans les collectivités de la partie sud de la région. De nombreux observateurs informés considèrent ce manque comme l'une des principales raisons pour

Approximativement 1,500 personnes typiquement sont sur la liste pour l'admission dans des foyers de soins de longue durée dans la région de Niagara où il y a 32 foyers de soins de longue durée.

Aussi, beaucoup considèrent le manque d'options de logement abordables dans la région de Niagara comme une cause majeure du grand nombre de patients en hospitalisation qui attendent d'être placés dans des centres d'autres niveaux de soins. Ce manque est également considéré comme un des principaux facteurs qui expliquent le nombre excessivement élevé de retards que connaît le service d'ambulance de la région, et les patients ne peuvent être conduits dans les hôpitaux en raison de l'engorgement des services d'urgence.

Le manque d'options de logement abordables contribue à de nombreuses inefficacités du système de soins de santé et à la dépense inutile de centaines de milliers de dollars en vue de contourner les arriérés du système. Nous appuyons donc l'option 51 proposée par le comité, soit d'accroître le parc de logements supervisés abordables et les options connexes.

Deuxièmement, Carol Rudel et moi souhaitons affirmer que la disponibilité de services de transport abordables et accessibles est essentielle pour soutenir les aînés dans leur propre foyer. De nouveaux services de transport abordables et accessibles destinés à d'autres fins permettraient à beaucoup plus d'aînés de régler diverses questions liées au fait de vieillir à la maison, comme la vie active et le bien-être, la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que d'autres questions que vous avez abordées dans votre rapport.

En ce qui concerne les besoins en matière de soins de santé, nous insistons sur la nécessité de procéder à l'amélioration des voies d'accès aux services et de la convivialité du système.

Pour appuyer l'accent mis par le comité sur le besoin urgent d'intégrer les diverses options de soutien offertes aux aînés — la prestation du service nécessaire au moment opportun —, il faut insister davantage sur la question de l'autre niveau de soins, sur les longues listes d'attente des foyers de soins de longue durée et sur le soin des personnes qui ont des besoins comportementaux extraordinaires. Nous appuyons par conséquent les propositions 60, 64 et 68 du comité, qui ont trait à des programmes variés qui appuient ces initiatives.

En nous fondant sur l'expérience vécue dans la région de Niagara, où plus de 100 malades qui devraient être dans d'autres installations ou dans la collectivité occupent habituellement des lits d'hôpitaux, où, comme je l'ai mentionné, les noms de plus de 1 000 personnes figurent ordinairement sur les listes d'attente et où des centaines d'adultes âgés sont privés de services de psychiatrie gériatrique et de soutien comportemental spécialisés, nous suggérons respectueusement au comité d'examiner de plus près les options proposées en vue d'améliorer l'équilibre des choix de services dans un continuum de soins. Le mot clé, c'est « continuum » de soins optimisant la prestation rapide et

lesquelles la liste d'attente pour l'admission dans un foyer de soins de longue durée est excessivement longue dans la région. Il y a ordinairement 1 500 noms sur cette liste d'admission dans la région de Niagara, où il y a 32 foyers de soins de longue durée.

En outre, beaucoup estiment que le manque d'options de logements supervisés abordables dans la région est à l'origine du nombre excessivement élevé de malades hospitalisés qui attendent d'être placés dans des centres d'autres niveaux de soins. Ce manque est également considéré comme un des principaux facteurs qui expliquent le nombre excessivement élevé de retards que connaît le service d'ambulance de la région, et les patients ne peuvent être conduits dans les hôpitaux en raison de l'engorgement des services d'urgence.

Le manque de logements supervisés abordables contribue à un grand nombre des inefficacités du système de soins de santé et à la dépense inutile de centaines de milliers de dollars en vue de contourner les arriérés du système. Nous appuyons donc l'option 51 proposée par le comité, soit d'accroître le parc de logements supervisés abordables et les options connexes.

Deuxièmement, Carol Rudel et moi souhaitons affirmer que la disponibilité de services de transport abordables et accessibles est essentielle pour soutenir les aînés dans leur propre foyer. De nouveaux services de transport abordables et accessibles destinés à d'autres fins permettraient à beaucoup plus d'aînés de régler diverses questions liées au fait de vieillir à la maison, comme la vie active et le bien-être, la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que d'autres questions que vous avez abordées dans votre rapport.

En ce qui concerne les besoins en matière de soins de santé, nous insistons sur la nécessité de procéder à l'amélioration des voies d'accès aux services et de la convivialité du système.

Pour appuyer l'accent mis par le comité sur le besoin urgent d'intégrer les diverses options de soutien offertes aux aînés — la prestation du service nécessaire au moment opportun —, il faut insister davantage sur la question de l'autre niveau de soins, sur les longues listes d'attente des foyers de soins de longue durée et sur le soin des personnes qui ont des besoins comportementaux extraordinaires. Nous appuyons par conséquent les propositions 60, 64 et 68 du comité, qui ont trait à des programmes variés qui appuient ces initiatives.

En nous fondant sur l'expérience vécue dans la région de Niagara, où plus de 100 malades qui devraient être dans d'autres installations ou dans la collectivité occupent habituellement des lits d'hôpitaux, où, comme je l'ai mentionné, les noms de plus de 1 000 personnes figurent ordinairement sur les listes d'attente et où des centaines d'adultes âgés sont privés de services de psychiatrie gériatrique et de soutien comportemental spécialisés, nous suggérons respectueusement au comité d'examiner de plus près les options proposées en vue d'améliorer l'équilibre des choix de services dans un continuum de soins. Le mot clé, c'est « continuum » de soins optimisant la prestation rapide et

required care and service components for a continuum that promotes improved service pathways and improved system navigation.

Recognizing that the federal government has a limited role in the delivery of many of these services, we propose that the federal government can play the role of an enabler or a knowledge broker to help develop these frameworks to enable those who have jurisdictions, like the provincial and territorial governments, to use those frameworks to assist them in their mandates.

National guiding principles are required to underpin a publicly managed and funded continuum of care and service to address seniors' health care needs consistently across all jurisdictions, irrespective of the providers being non-profit or for-profit. The key is that there are components to a balanced continuum.

This framework may include components that are required in a continuum, including enablers for optimal self-management, personal support, professional services delivered in one's home, supportive housing and assisted living, community support services, long-term care, various hospital services, and hospice care. These examples of components can be promoted in a continuum in any community to provide the required service.

The framework can also have per capita ratios that can be based on local demographics so that there are minimum standards based on evidence and best practices to support the development of these per capita ratios. Also, the framework can include suggested practices for determination of components such as functional abilities, affordability, access, consumer choice and effective supports.

In terms of the federal role as enabler or knowledge broker, there can be a brokering of knowledge by promoting research, sharing best practices, improving public education, recommending national standards for care and service within a balanced continuum, and recommending integrated care practices with practical measures based on evidence and best practices.

To conclude, we suggest that additional consideration be given to the enhancement of affordable supportive housing; expansion of affordable and accessible transportation and inter-municipal transit; improvement in the balance of service choices and movement within a consistent continuum of care and service, including care for those with dementia; and the development of the role of a national enabler or knowledge broker.

opportune des soins. À cet égard, nous suggérons que l'on envisage un cadre national qui détermine les soins requis et les composantes des services en vue d'établir un continuum favorisant l'amélioration des voies d'accès aux services et de la convivialité du système.

Puisque nous reconnaissons le fait que le gouvernement fédéral joue un rôle limité dans la prestation de bon nombre de ces services, nous suggérons respectueusement que le gouvernement fédéral joue le rôle de facilitateur ou de courtier du savoir pour contribuer à l'élaboration de ces cadres de façon à permettre aux organisations qui ont la compétence nécessaire pour intervenir, comme les gouvernements provinciaux et territoriaux, d'utiliser ces cadres pour réaliser leur mandat.

Il faut des principes directeurs nationaux pour étayer un continuum de soins et de services gérés et financés par l'État afin de répondre de manière uniforme aux besoins de soins de santé des aînés de toutes les provinces et de tous les territoires, que les fournisseurs de soins aient un but lucratif ou non. L'élément clé, c'est qu'un continuum équilibré soit formé de certains éléments précis.

Ce cadre pourrait comporter les composantes requises dans un continuum, dont les facilitateurs d'autogestion optimale, le soutien personnel et les services professionnels fournis à domicile, le logement supervisé ou l'aide à la vie autonome, les services de soutien communautaire, les soins de longue durée, divers services hospitaliers et les soins en hospice. Ces exemples de composantes peuvent être mis de l'avant dans un continuum au sein duquel n'importe quelle collectivité peut fournir les services requis.

Le cadre pourrait également comporter les coûts par habitant fondés sur les courbes démographiques des différents endroits, de façon qu'il y ait des normes minimales axées sur des données et sur les pratiques exemplaires pour la détermination de ces coûts par habitant. Le cadre pourrait également comporter des pratiques suggérées pour la détermination de composantes comme les capacités fonctionnelles, l'abordabilité, l'accès, le choix des consommateurs et le soutien efficace.

Pour ce qui est du rôle de facilitateur ou de courtier du savoir du gouvernement fédéral, celui-ci peut faciliter le courtage du savoir en favorisant la recherche, en communiquant les pratiques exemplaires, en améliorant le processus d'éducation de la population, en recommandant des normes nationales de soins et de services dans le cadre d'un continuum équilibré et en recommandant l'intégration des pratiques en matière de soins assorties de mesures fondées sur des données probantes et sur des pratiques exemplaires.

Pour conclure, nous proposons qu'on étudie plus à fond les questions de l'accroissement du parc de logements supervisés abordables, de l'expansion des services de transport abordables et accessibles et du transport public entre municipalités, de l'amélioration de l'équilibre des choix de services et de leur prestation dans le cadre d'un continuum uniforme de soins et de services, y compris les soins offerts aux personnes atteintes de démence, ainsi que de la création du rôle de facilitateur national ou de courtier du savoir.

We thank the committee for this opportunity to share these thoughts, and will be pleased to offer any further information through questions.

Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration, Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre: Madam Chair and honourable members, I thank the members of the Special Senate Committee on Aging for the opportunity to provide commentary on the Second Interim Report.

As a quick note of background, the agency for which I work, the Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre, HNHB CCAC, has a keen interest in the well-being of seniors. Last year, our organization provided services to one out of every nine citizens in our region aged 65 to 74; we provided services to one out of every four citizens aged 75 to 84; and we provided services to one out of every two citizens 85 or older. You can see we share your interest and commitment to seniors.

As a quick note of background, Community Care Access Centres were formed in 1997 as a combination of the old home care and placement programs. We provide information referral to a broad range of health and social services. We coordinate in-home or school-based care for eligible clients, and we coordinate placement in all long-term care or nursing homes in the HNHB area, whether these homes are privately- or publicly-owned such as those operated by the municipality of Niagara.

We are the only agency in the region whose catchment area matches exactly the area served by the Local Health Integration Network. CCACs were reformed in 2007 to match those geographic areas.

Our integration partnerships span the health sector from community agencies to all 11 hospital corporations in the area, family physicians and education and social service agencies.

One more introductory comment is that I commend you for your broad view of well-being by looking at a number of broader determinants of health such as income, education and housing.

All my comments are presented with the utmost respect for the work of the committee. Most of my comments focus on health-related issues. I generally provide the recommendation number in my comments. If I have comments related to other content, I identify the section involved.

My first comments relate to section 1.2, Defining Seniors. I suggest that the categorization of seniors cannot be contained into a three- or four-step continuum. Rather, it is a complex matrix that reflects various ages and various levels of wellness.

Nous remercions le comité de nous avoir offert l'occasion de lui faire part de ces réflexions, et nous serons heureux de vous fournir de plus amples renseignements pendant la période de questions.

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration, Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant : Madame la présidente, honorables sénateurs, je remercie les membres du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de m'avoir invité à leur faire part de mes observations sur le deuxième rapport intérimaire du comité.

Pour mettre rapidement les choses en contexte, l'organisme pour lequel je travaille, le Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant ou CASC HNHB, s'intéresse de près au bien-être des aînés. L'an dernier, notre organisation a offert des services à un citoyen âgé de 65 à 74 ans sur neuf, à un citoyen âgé de 75 à 84 ans sur quatre et à un citoyen de 85 ans et plus sur deux. Comme vous pouvez le constater, nous partageons votre intérêt et votre engagement en ce qui concerne les aînés.

Pour vous donner rapidement quelques renseignements généraux, les centres d'accès aux soins communautaires ont été créés en 1997, et il s'agit d'une combinaison de foyers pour personnes âgées et de programmes de placement. Nous fournissons de l'information à un vaste éventail de services sociaux et de soins de santé. Nous coordonnons la prestation de soins à domicile ou dans des établissements d'enseignement aux clients admissibles, ainsi que le placement dans tous les foyers de soins de longue durée et de soins infirmiers de la région de HNHB, qu'il s'agisse de foyers privés ou encore publics, comme ceux de la municipalité de Niagara.

Nous sommes le seul organisme de la région dont le territoire correspond exactement à celui du Réseau local d'intégration des services de santé. En 2007, on a modifié la structure des CASC de façon que les territoires correspondent.

Nos partenariats d'intégration couvrent l'ensemble du secteur de la santé, des organismes communautaires jusqu'aux 11 associations d'hôpital de la région, en passant par les médecins de famille et les organismes d'éducation et de services sociaux.

Une autre observation préliminaire que je veux faire, c'est que je vous félicite de la portée du point de vue que vous adoptez sur le bien-être en envisageant un ensemble de déterminants de la santé, notamment le revenu, l'éducation et le logement.

Je veux formuler mes observations dans le plus grand respect du travail effectué par le comité. Bon nombre de celles-ci ont trait aux questions liées à la santé. De façon générale, je donne le numéro de la recommandation en question lorsque je formule une observation. Si je dis quelque chose sur un autre élément du rapport, je donne le numéro de la section concernée.

Ma première observation a trait à la section 1.2, La définition des aînés. Selon moi, le classement des aînés en différentes catégories ne peut se limiter à un continuum à trois ou quatre étapes. Il s'agit plutôt d'une matrice complexe qui reflète les différences d'âge et les différences de bien-être.

In section 2.1, Active Aging and Active Living, I want to emphasize the point you make related to transportation. This region, HNHB, has some areas that have municipal transit, transit for disabled persons and even GO or VIA transit. Other areas within the region have absolutely no public transit, and it is an issue.

Recommendations 1, 2 and 4 deal with volunteerism and, while laudable, the recommendations may be hard to measure or may create the potential for bureaucracy to implement such things as tax credits.

Recommendation 6 addresses tax credits for an expanded definition of eligible courses. Since the contention above is that lifelong learning promotes greater participation in learning in later years, the credits for the broader range of eligible courses should be for all adults, and not only seniors, to develop that habit.

One comment, in responding to the health-related recommendations, is the obvious fact that health is primarily the responsibility of the provinces but I wish you every success in identifying programs or initiatives that are so patently beneficial we will not need to spend time convincing authorities in various jurisdictions to adopt them.

Recommendation 36 speaks to dental care. I bring to your attention a seniors' dental program within this region. The name is Halton Oral Health Outreach, HOHO. It is an award-winning program whose goal is to coordinate dental services for the elderly and adults with special needs in Halton, the Burlington area. Seniors' oral health should be a focus for all seniors.

In recommendation 41, I respectfully suggest that telemedicine should be advanced as a mainstream modality to increase availability of certain services. Mr. Ventresca talked about the challenges with respect to geriatric psychiatry in the Niagara region. I think that telemedicine is an emerging technology that can be used to bring about greater access.

Section 4.4 addresses chronic diseases and I suggest that recommendations should be made to prioritize the manner in which we attempt to manage such conditions as diabetes, congestive heart failure and chronic obstructive pulmonary disorder, among others. Along with prevention, better chronic disease management will increase the quality of life for those with these conditions, and reduce the usage of active treatment modalities.

Pour ce qui est de la section 2.1, Vieillesse active et vie active, je veux mettre l'accent sur ce que vous avez écrit au sujet des transports. Il y a certaines parties de la région où nous nous trouvons en ce moment, c'est-à-dire la région de HNHB où des services de transport municipaux, des services de transport pour les personnes handicapées et même des services de transport de GO ou de VIA sont offerts. Dans d'autres parties de la région, il n'y a absolument aucun service de transport public, et cela pose problème.

Les recommandations 1, 2 et 4 portent sur le bénévolat, et, quoiqu'elles soient louables, ces recommandations pourraient être difficiles à appliquer ou pourraient donner lieu à l'instauration d'un processus bureaucratique si ce genre de mesures prend la forme de crédits d'impôt.

La recommandation 6 porte sur les crédits d'impôt et sur l'idée d'élargir la définition des cours admissibles. Puisque l'affirmation qui est faite au préalable dans le rapport, c'est que l'apprentissage continu favorise la participation des programmes d'apprentissage à un âge plus avancé, les crédits offerts pour un plus vaste ensemble de cours admissibles devraient l'être à tous les adultes et non seulement aux personnes âgées, pour qu'ils prennent l'habitude de suivre des cours.

Une chose que je veux dire en réaction aux recommandations qui ont trait à la santé, c'est le fait évident que la santé est d'abord et avant tout la responsabilité des provinces, mais je vous souhaite de réussir le mieux possible à trouver des programmes ou des initiatives si manifestement positifs que nous n'aurons pas besoin de convaincre les autorités des différentes administrations de les adopter.

La recommandation 36 porte sur les soins dentaires. Je veux porter à votre attention un programme de soins dentaires offert aux personnes âgées dans la région. Ce programme s'intitule Halton Oral Health Outreach, ou HOHO. Il s'agit d'un programme auquel on a décerné des prix et dont le but est de coordonner les services de soins dentaires offerts aux personnes âgées et aux adultes qui ont des besoins particuliers dans la région de Halton, c'est-à-dire celle où se trouve Burlington. La santé bucco-dentaire devrait être une priorité pour tous les aînés.

Pour ce qui est de la recommandation 41, à mon humble avis, on devrait avoir couramment recours à la télémédecine pour accroître l'offre de service dans certains domaines. M. Ventresca a parlé des problèmes qui existent dans le domaine de la psychiatrie gériatrique dans la région de Niagara. Je pense que la télémédecine est une nouvelle technologie qui pourrait être utilisée pour améliorer l'accès.

La section 4.4 porte sur les maladies chroniques, et, selon moi, il faudrait formuler des recommandations pour établir les priorités quant à la façon dont nous tentons de gérer certaines affections comme le diabète, les défaillances cardiaques et les troubles respiratoires obstructifs chroniques, entre autres. Avec la prévention, une meilleure gestion des maladies chroniques permettra d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes, ainsi que de réduire le recours au traitement actif.

Recommendation 54 speaks to the issue of supportive housing. Again, to note the disparity of services within only this region, the area of Haldimand and Norfolk has no supportive housing units. This lack can lead to an inappropriate or premature use of nursing home beds. Again, Mr. Ventresca talked about the waiting lists for long-term care homes. In HNHB, we typically operate somewhere around 99 per cent to 100 per cent occupancy, so beds are in use which, if there were alternatives, might be freed up to address those wait lists.

I support any recommendation that helps identify and support the civic-based champions of new supportive housing initiatives.

Recommendation 60 addresses a national home care program. I heartily concur, with the understanding that we raise the bar and not identify the lowest common denominator.

Recommendation 64 touches on the issue of caregiver support. In Ontario, we have the capacity for respite care, but only so long as the maximum hours allowed by regulation for the patient has not been exceeded. There is tremendous merit in assigning a separate basket of services in the name of respite to the caregiver, as opposed to tying it to the maximum level of service allowed for a particular client.

Compassionate care is addressed in recommendation 65. This program is a wonderful one and the one additional recommendation I ask you to consider is waiving the two-week waiting period. Employment Insurance has a two-week waiting period and there is nothing compassionate about a leave that creates economic hardship.

Recommendation 69 speaks to the sharing of best practices. This recommendation obviously relies on the good will of those on the leading edge. I support it, but wish the committee well in creating the sense of altruism in the broader population.

In conclusion, I have attempted to limit my remarks to those areas in which I have at least some direct experience.

Again, I commend the committee for its efforts. I hope that many of these issues or recommendations can be viewed in a non-silo, non-territorial manner. Many issues can and should rise above jurisdictional or political party limitations.

I again thank you for the opportunity to present and to strengthen your work, hopefully.

Maureen Etkin, Regional Consultant, Central West, Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse: Madam Chair, honourable members of the committee, welcome, and thank you for this opportunity to respond.

La recommandation 54 porte sur la question du logement supervisé. Encore une fois, pour parler de l'écart entre les services offerts dans la région seulement, il n'y a pas d'unités de logement supervisés à Haldimand ni à Norfolk. Cette situation peut donner lieu à l'usage inapproprié ou prématuré des lits des foyers de soins infirmiers. Encore une fois, M. Ventresca a parlé des listes d'attente pour l'admission dans les foyers de soins de longue durée. Dans la région de HNHB, le taux d'occupation varie habituellement entre 99 et 100 p. 100, ce qui veut dire qu'il y a des lits utilisés qui, s'il y avait d'autres choix, pourraient être libérés pour raccourcir ces listes d'attente.

Je suis en faveur de toute recommandation visant à nommer et à appuyer des citoyens défenseurs de nouvelles initiatives en matière de logements supervisés.

La recommandation 60 porte sur un programme national de soins à domicile. Je suis de tout cœur en faveur de cette recommandation, dans l'idée de relever le niveau, et non de trouver le plus petit dénominateur commun.

La recommandation 64 a trait à la question du soutien offert aux aidants. En Ontario, il y a le service de relève, mais celui-ci n'est offert que si le nombre maximal d'heures prévu par le règlement pour un patient n'est pas dépassé. Une idée de grande valeur, c'est celle d'attribuer un ensemble de services distincts à l'aidant pour lui donner un répit, plutôt que de lier ces services au niveau de service maximal autorisé pour un client donné.

Les soins de compassion font l'objet de la recommandation 65. Il s'agit d'un programme extraordinaire, et la recommandation supplémentaire que je vous demande d'envisager, c'est celle de supprimer le délai de carence de deux semaines. Il y a un délai de carence de deux semaines pour les personnes qui demandent des prestations d'assurance-emploi, et ce n'est pas de la compassion si le congé engendre des difficultés financières.

La recommandation 69 porte sur la mise en commun des meilleures pratiques. L'application de cette recommandation dépend bien entendu de la bonne volonté des intervenants dont les pratiques sont les meilleures. Je suis en faveur de cette recommandation, mais je souhaite bonne chance au comité pour ce qui est de susciter l'altruisme chez la population en général.

Pour conclure, j'ai tenté, pour mes observations, de m'en tenir aux domaines dont j'ai au moins une certaine expérience directe.

Encore une fois, je félicite le comité de ses efforts. J'espère que beaucoup de ces questions ou recommandations peuvent être envisagées de façon non compartimentée et qui ne soit pas fonction de la région géographique. Beaucoup de questions devraient être réglées en dehors des limites des administrations ou des partis politiques.

Merci encore une fois de m'avoir offert l'occasion de prendre la parole et, je l'espère, de contribuer à votre travail.

Maureen Etkin, conseillère régionale, centre-ouest, Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées : Madame la présidente, honorables membres du comité, bienvenue, et merci de nous offrir l'occasion de prendre la parole.

As a regional consultant, my remarks will reflect all of Ontario. I want to raise the profile of senior abuse as a critical issue for all seniors.

Between 2 per cent and 10 per cent of older adults will experience abuse at some point in their senior years. That percentage represents up to 370,000 seniors across Canada and 160,000 here in Ontario. Cognitively- or physically-impaired seniors will be abused at a rate two to three times higher. Injuries from abuse and neglect seriously impact a senior's health and independence.

Senior abuse has widespread health, social and economic implications related to many of the issues and barriers of active and healthy aging that were outlined in the committee's interim report.

If senior abuse can be integrated more closely with some of the other report recommendations, there will be opportunities for greater impacts and cost efficiencies.

One of the main causes of senior abuse is isolation. Many recommendations made in chapter 2 under Active Aging dealt with helping to reduce social isolation of seniors. Realizing that these recommendations also reduce the risk of senior abuse is helpful in program planning, especially with the transportation issues that were mentioned, or even planning educational workshops for seniors on preventing and protecting against abuse.

Research on competency is another huge area that impacts senior abuse. Diminished capacity is a risk factor for abuse. Currently, declaring someone incompetent is too often an all-or-nothing proposition. A senior may be able to decide where they wish to live, but may not be able to make decisions about managing their finances. This area is confusing for seniors and service providers. There is a definite need for more research into best practice in this area.

Financial abuse is the most commonly reported abuse. A Canadian study found an average loss of \$20,000 per senior. Losing financial resources reduces a senior's choices of where and how to live, and can undermine quality of life. The senior may need to stay in an abusive setting because they lack the funds to move. Financial abuse also means the senior has much less left for the basics of housing, food and medication.

Although an abused senior is kept isolated from others, at some point, they will have contact with a government worker, perhaps in regard to pension or veteran benefits. This contact provides the government with an opportunity to inform and

Comme je suis conseillère régionale, mes observations vont toutes porter sur l'Ontario. Je veux mettre en lumière le fait que la violence envers les personnes âgées est un phénomène d'une importance capitale pour l'ensemble des aînés.

Entre 2 et 10 p. 100 des personnes âgées vont faire l'expérience de la violence un jour dans leur vie. Cette proportion représente jusqu'à 370 000 personnes à l'échelle du Canada et 160 000 en Ontario. Les personnes qui ont un handicap physique ou cognitif peuvent être de deux à trois fois plus à risque que les autres personnes âgées. Les blessures résultant de la violence ou de la négligence peuvent avoir des répercussions sur la santé et sur l'autonomie des personnes âgées.

La violence faite aux personnes âgées provoque des complications sanitaires, sociales et économiques en lien avec bon nombre des enjeux et des obstacles au vieillissement sain et actif dont il est question dans le rapport provisoire du Comité.

Si la violence faite aux personnes âgées était intégrée plus étroitement aux recommandations du rapport, ces dernières auraient sans doute plus d'effets et donneraient lieu à des économies de fonds publics.

La violence envers les personnes âgées est principalement attribuable à l'isolement. Bien des recommandations faites au chapitre 2, sous la rubrique Vieillesse active, proposent des moyens de réduire l'isolement social des personnes âgées. Lorsqu'on comprend que ces solutions contribuent également à réduire les risques de mauvais traitements, la planification des programmes en est facilitée, ou même la planification d'ateliers sur la façon de prévenir la violence et de se protéger contre celle-ci.

La recherche sur la compétence est un autre élément extrêmement important et qui a des répercussions sur la violence faite aux aînés. Une personne dont la capacité est réduite est une personne à risque. À l'heure actuelle, une déclaration d'incompétence est un acte global et irréversible. Une personne âgée peut être en mesure de décider où elle veut vivre, mais peut ne plus pouvoir gérer ses finances. C'est une situation complexe pour les aînés eux-mêmes et pour les fournisseurs de services. Il faut absolument pousser la recherche plus loin et dégager des pratiques exemplaires dans ce domaine.

L'exploitation financière est la forme d'exploitation la plus fréquemment signalée. Une étude canadienne a montré que les pertes financières subies par les personnes âgées étaient de 20 000 \$ par aîné en moyenne. La perte de ressources financières fait qu'un aîné est moins en mesure de choisir son mode de vie et l'endroit où il vit, et sa qualité de vie en est compromise. L'aîné peut alors devoir se résoudre à vivre dans un milieu où il subit de la violence faute d'avoir les moyens de vivre ailleurs. L'exploitation financière fait que la personne a moins d'argent à consacrer aux besoins de base que sont le logement, la nourriture et les médicaments.

Malgré son isolement, une personne âgée finit toujours par entrer en contact avec un représentant du gouvernement pour des questions de pension de vieillesse ou de prestations versées aux anciens combattants. Ce contact offre au gouvernement

educate the senior on how to prevent and protect against abuse. As well, government workers can be trained to recognize signs and symptoms of abuse and how to help.

Several recommendations were made concerning interdisciplinary education. It is important to identify those groups most likely to interact with seniors, such as pharmacists, personal support workers, and even dental care workers. We have had people from the Halton program sitting on some of our networks.

We should work with these groups toward a national standardized curriculum on senior abuse.

Personal support workers are one of the largest groups to interact with seniors in their homes, and may be the only contact an abused senior has with the broader community.

Other recommendations that can be broadened to encompass senior abuse involve public education initiatives. Part of healthy and active aging is learning how to reduce the risks of abuse and knowing where to access help. Most abused seniors do not know where to go for help and there is little consistency in what services are available across Ontario. This is a critical issue to be addressed.

In some places, service may consist of volunteers who answer a helpline between the hours of 11 a.m. and 3 p.m. maybe three days a week, and that is all that is available.

In Ontario, no single organization has the mandate to deal with senior abuse. Many organizations do not look for it and they do not find it. Too often, abused seniors do not fit mandates for service. This area again is a critical one that needs better integration, consistency, and some standardization across the province and across the country.

Most abuse happens in the community where seniors reside. The options listed in Chapter 4 to address abuse and neglect are all focused on providers and caregivers. There needs to be an option that focuses on the senior. As part of an integrated model, seniors need to be able to access the supports to help them manage an abusive situation, whether that means leaving or remaining. Seniors need more opportunities to learn about how to prevent and protect themselves from all types of abuse, with an emphasis on financial abuse. Financial abuse is the most commonly reported abuse, and seniors feel less threatened about learning about it.

Chapter 4, option 37, states, "Develop supports for caregivers and promote education to prevent burnout." This option fits better in chapter 5, under "Options for Supporting Informal Caregivers."

l'occasion d'informer la personne des moyens de prévenir l'exploitation et de se protéger contre celle-ci. Par ailleurs, les agents du gouvernement peuvent apprendre à déceler les signes et les symptômes de l'exploitation et comment intervenir.

Certaines recommandations ont été faites sur la question de la formation interdisciplinaire. Il est important de déterminer quels groupes entrent le plus souvent en rapport avec les personnes âgées, par exemple les pharmaciens, les préposés aux soins à domicile, et même les préposés aux soins dentaires. Des gens du programme de Halton sont membres de certains de nos réseaux.

Nous devrions travailler avec ces groupes à la mise au point d'un programme de formation normalisée portant sur la violence faite aux personnes âgées.

Les préposés aux soins à domicile forment l'un des groupes qui ont le plus d'interaction avec les personnes âgées chez elles, et ils sont parfois le seul contact que celles-ci ont avec le monde extérieur.

D'autres recommandations portant sur des initiatives d'éducation publique pourraient être élargies de manière à englober la question de la violence faite aux personnes âgées. Le vieillissement sain et actif consiste notamment à savoir réduire les risques de violence et à savoir à qui s'adresser pour demander de l'aide. La plupart des personnes âgées victimes de violence ne savent pas à qui s'adresser pour demander de l'aide, et il y a très peu d'uniformité dans les services offerts dans l'ensemble de l'Ontario. C'est un problème grave qu'il faut régler.

Dans certains endroits, le seul service offert est une ligne d'aide où des bénévoles répondent au téléphone entre 11 heures et 15 heures trois jours par semaine, et c'est tout ce qu'il y a.

En Ontario, aucun organisme n'a pour mandat de s'occuper des cas de mauvais traitements infligés aux personnes âgées. Bien des organismes ne posent aucune question et ne voient donc rien. Trop souvent, les aînés victimes de violence n'entrent jamais tout à fait dans le mandat des organismes. Voilà encore une fois un secteur qu'il est essentiel d'intégrer, d'uniformiser et de normaliser à l'échelle provinciale et nationale.

La plupart des situations de violence sont le plus souvent vécues dans la collectivité, où les aînés vivent. Les solutions proposées au chapitre 4 du rapport et qui ont trait à la violence et à la négligence sont toutes axées sur les fournisseurs et les soignants. Il faut une formule qui met l'accent sur l'aîné. Dans le cadre d'un modèle intégré, les aînés ont eu accès à du soutien pour les aider à gérer un problème de violence, que cela signifie partir ou rester. Les aînés doivent avoir des occasions d'apprendre comment prévenir toutes les formes de violence, et surtout l'exploitation financière, et comment s'en protéger. L'exploitation financière est la forme d'exploitation la plus fréquemment signalée, et les aînés se sentent moins vulnérables parce qu'ils apprennent des choses sur cela.

L'option 37, qui figure au chapitre 4, se lit comme suit : « Élaborer des mesures de soutien des aidants et promouvoir l'éducation afin de prévenir l'épuisement professionnel ». Cette option devrait figurer au chapitre 5, sous le titre « Options pour soutenir les aidants naturels ».

Feeling stressed and burned out does not automatically lead to abuse. The majority of caregivers who feel stressed on a daily basis do not abuse. Other factors must be present. Yes, we need to support caregivers who take on the burden of care, but not as an option under abuse.

Option 38 speaks to improved training. Again, this option needs to be broadened to include more than care providers. It should include government workers, landlords, pharmacists, bank tellers, and paramedics. Any front-line worker coming into contact with seniors should be trained to recognize the signs and symptoms of abuse and know what to do next.

In summary, my recommendations include: create a broader understanding of the causes of senior abuse and the associated risk factors so that senior abuse can be part of an integrated model on aging; examine the list of existing options throughout the report for opportunities to include senior abuse — I highlighted those in an appendix in my brief; broaden the training curricula of government workers and others to include abuse; add an option on education and intervention targeted to seniors; and create a better consistency of response for abused seniors across the province.

My colleague will present a brief case illustration.

Gail MacKenzie-High, Chair, Niagara Elder Abuse Prevention Network, Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse: Thank you, Madam Chair, and honourable members of the committee. I thank you for the opportunity to respond to the Special Senate Committee on Aging Second Interim Report.

I am chair of the Niagara Elder Abuse Prevention Network. The following is drawn from my 22 years of experience in working with the senior population.

Given the estimates of older adults experiencing abuse at some point in their senior years, based on our current demographics, anywhere from 1,512 to 7,560 senior persons will experience abuse in this region alone.

I want to share with you a composite illustration of some of the situations that have occurred in the Niagara region throughout my years of experience, that will provide you with an image befitting the remarks of my colleague.

Rosa is a 79-year-old woman, suddenly widowed, less than a year, from her marriage of 55 years.

As a result of her husband's recent demise, her income, which was largely dependent upon his private pension, has been significantly reduced. Her home is in need of regular maintenance, a car is in need of repair although she does not

Le stress et l'épuisement professionnel ne conduisent pas nécessairement à la violence. La majorité des soignants qui vivent des situations de stress quotidiennement ne deviennent pas violents pour autant. Il faut que d'autres facteurs soient présents. Oui, nous devons soutenir ceux qui prennent en charge une personne qui a besoin de soins, mais il ne s'agit pas là d'une option à inscrire sous la rubrique de la violence.

L'option 38 porte sur l'amélioration de la formation. Encore une fois, il faut que cette option soit élargie à d'autres groupes que les fournisseurs de soins. Elle doit viser les employés du gouvernement, les propriétaires d'immeubles locatifs, les pharmaciens, les caissiers des banques et les travailleurs paramédicaux. Tout intervenant de première ligne qui entre en contact avec des personnes âgées devrait être formé à repérer les signes et les symptômes de la violence et savoir quoi faire en pareil cas.

Pour conclure, mes recommandations sont les suivantes : faire en sorte qu'il y ait une meilleure compréhension des causes de la violence faite aux aînés et de ces facteurs de risque afin que cette forme de violence puisse être intégrée au modèle de gestion du vieillissement; passer en revue la liste des options du rapport afin d'y insérer la question de la violence faite aux aînés — je cite celle-ci dans une annexe à mon mémoire; élargir le programme de formation des employés du gouvernement et d'autres intervenants afin d'y inclure la violence; ajouter une option d'information et d'intervention ciblant les personnes âgées; uniformiser les modes d'intervention car les personnes âgées se déplacent dans leur province.

Ma collègue va brièvement vous présenter un exemple de cas.

Gail MacKenzie-High, présidente, Niagara Elder Abuse Prevention Network, Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées : Je remercie la présidente et les honorables membres du comité. Merci de nous offrir l'occasion de réagir au deuxième rapport provisoire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

Je suis la présidente du Niagara Elder Abuse Prevention Network. Ce qui suit est tiré de mes 22 années d'expérience de travail auprès des personnes âgées.

D'après les estimations du nombre d'adultes âgés qui vont être victimes de violence à un moment donné au cours de leur vie, compte tenu de la situation démographique actuelle, entre 1 512 et 7 560 personnes âgées vont être victimes de violence dans la région seulement.

Je veux vous présenter un portrait composite de situations s'étant produites dans la région de Niagara depuis que je travaille dans ce domaine, de façon à illustrer les observations formulées par ma collègue.

Rosa est une femme de 79 ans, devenue veuve tout à coup il y a moins d'un an, après avoir été mariée pendant 55 ans.

En raison du décès récent de son mari, son revenu, qui était en grande partie fondé sur les prestations du régime de pensions privé de celui-ci, a beaucoup diminué. La maison de Rosa doit faire l'objet d'un entretien régulier, sa voiture doit être réparée,

drive, bills have been piling up, and Rosa is feeling overwhelmed. She has withdrawn socially from her previous activities due to financial worries and emotional exhaustion.

She does not want to move from her marital home. Her adult son has moved in with her six months ago in an effort to offset costs and assist with the maintenance of her home.

A community agency is called by neighbours, reporting that they often hear the son yelling and swearing, threatening to have his mother placed "in a home."

In meeting with Rosa, the agency staff observed that she appeared to have some difficulty with her memory, although it is unclear as to whether this difficulty is the result of cognitive decline, or a reactive depression related to the recent loss of her spouse and her current situation.

Rosa reveals that her son has a history of sporadic employment and that she now suspects that he may have a substance abuse issue and perhaps a gambling problem. He denies these problems and thus refuses any assistance or help in these areas. Rosa gives money to her son to buy groceries for her, but little food is found in the house when agency staff visit, and Rosa reports that no change ever comes back from those shopping trips.

Rather than finding herself in a position where her situation is improved, Rosa finds herself further financially burdened.

She has one other adult child, a daughter, but she lives at a distance in another province. The daughter contacts her mother by phone on a weekly basis and has expressed concern that what assets her parents had saved are quickly being depleted.

Rosa discloses to agency workers that her son is sometimes verbally abusive. When asked if she thinks her son would ever hit her, Rosa denies it, but states she is afraid of him, claiming that when he drinks, he "gets into a fury and he could explode."

Rosa wants help but expresses fear that if she asks her son to leave, she will not be able to stay in her home, and fears her only choice will be long-term care placement. While agency staff attempt to explore options with her, she chooses to take no action at that time.

Weeks later, Rosa presents to hospital with a fractured wrist, and upon physical examination, the physician notices bruising that is inconsistent with her explanations of their cause. With careful probing by hospital staff, Rosa reveals that her son has been pushing her around, and the police are notified.

Further investigation reveals that her assets have indeed by now been depleted and she may not be able to remain living in her home for much longer.

While charges will be laid against the son, Rosa has lost her ability to age in the place of her choice. She has lost her ability to be involved in the activities of her choosing due to her financial losses, and she has lost her relationship with her son. We need to

même si Rosa ne conduit pas, les factures s'accumulent, et Rosa se sent dépassée par les événements. Elle ne participe plus aux activités sociales auxquelles elle participait auparavant en raison de ses tracas financiers et de l'épuisement émotionnel.

Elle ne veut pas quitter le domicile conjugal. Son fils s'est installé avec elle il y a six mois pour lui permettre d'économiser de l'argent et pour l'aider à faire l'entretien de la maison.

À un moment donné, les voisins téléphonent à un organisme communautaire et rapportent qu'il arrive souvent que le fils de Rosa crie et jure, et menace de placer sa mère « dans un foyer ».

Lorsqu'il rencontre Rosa, l'agent de l'organisme remarque qu'elle semble avoir des troubles de mémoire, même s'il n'arrive pas à déterminer si ces troubles sont le résultat du déclin de ses facultés cognitives ou d'une dépression réactionnelle liée à la perte récente de son conjoint et à sa situation actuelle.

Rosa révèle à l'agent que son fils travaille de façon sporadique et qu'elle le soupçonne maintenant d'avoir des problèmes de consommation de drogue et peut-être aussi de jeu. Le fils de Rosa nie avoir des problèmes et refuse donc toute aide à cet égard. Rosa donne de l'argent à son fils pour qu'il fasse l'épicerie pour elle, mais l'agent de l'organisme constate qu'il y a peu de nourriture à la maison lorsqu'il rend visite à Rosa, et celle-ci lui dit que son fils ne lui rend jamais de monnaie lorsqu'il revient de faire les courses.

Plûtôt que de se retrouver dans une meilleure situation, Rosa a un fardeau financier encore plus lourd à porter.

Elle a un autre enfant d'âge adulte, une fille, mais celle-ci vit dans une autre province. Elle téléphone à sa mère une fois par semaine, et elle s'est dite inquiète de ce que les économies de ses parents diminuent rapidement.

Rosa révèle aux travailleurs de l'organisme que son fils était parfois violent dans sa façon de s'adresser à elle. Lorsqu'on lui demande si elle pense que son fils la frapperait, elle répond que non, mais dit qu'elle a peur de lui, et elle affirme que, lorsqu'il a bu, il « se met en fureur et pourrait exploser ».

Rosa voudrait qu'on l'aide, mais elle dit qu'elle a peur de ne pas pouvoir continuer de vivre chez elle si elle demande à son fils de quitter la maison, et elle a peur que le seul choix qui lui reste soit de vivre dans un foyer de soins de longue durée. Le personnel de l'organisme tente de trouver des solutions avec elle, mais elle décide de ne pas prendre de mesures dans l'immédiat.

Quelques semaines plus tard, Rosa se présente à l'hôpital avec un poignet fracturé, et, lorsqu'il l'examine, le médecin remarque qu'elle a des bleus qu'elle n'est pas en mesure d'expliquer de façon cohérente. Le personnel de l'hôpital tente avec délicatesse de savoir ce qui s'est passé, et Rosa révèle que son fils l'a poussée, puis on avise les services de police.

Un examen approfondi de la situation révèle que les économies de Rosa ont bel et bien diminué de façon importante, et il se peut qu'elle ne puisse plus vivre dans sa maison pendant longtemps.

Le fils de Rosa sera poursuivi, mais celle-ci n'aura dorénavant pas la possibilité de vieillir à l'endroit de son choix. Elle ne pourra plus non plus choisir les activités auxquelles elle s'adonnera, à cause des pertes financières qu'elle a subies, et sa relation avec son

know that while it might not appear to others to have been a relationship of value, it is still her child. There may be feelings of guilt and remorse associated with this loss, in turn leading to diminished self-esteem.

Physically, her injuries may take longer to heal and she may find herself with limitations affecting her ability to manage some of the daily activities that the rest of us take for granted.

An able person who, only a year ago, believed that she had control of her choices, found herself in a position of having inadequate income, suffering loss of trust, and facing imminent financial loss.

So, what would we have wanted for Rosa? We would want Rosa to maintain her choices in her senior years, and that goal supports options 24, 25 and 28 around income security, and all of Chapter 5 on aging in the place of choice.

We would want her to be able to identify the problem and to intervene before a crisis occurred, supporting option 38 on the training of human resource workers on senior needs.

We would want to prevent her financial loss, physical harm and emotional trauma, supporting option 39 around best practice guidelines.

In conclusion, I support the options identified in the report, while emphasizing the opportunity to expand upon many of them to include the prevention of senior abuse.

I respectfully recommend the expansion of options 37 through 40 to include education targeted toward the victims and potential victims, particularly the vulnerable and isolated seniors themselves.

I thank the committee for the invitation to present my remarks today, and for your consideration of our feedback on this second interim report.

Senator Cordy: Thank you very much and it is wonderful to be here. We enjoyed your scenery on our ride last night from the airport.

I am interested in the latest two comments about educating seniors in terms of elder abuse. First, I want to talk about how we educate seniors in terms of their rights and responsibilities. Educating and informing seniors is a concern. A high number of seniors in Canada do not receive their Canada Pension Plan because they are not aware of the fact that they must apply for it. The concern is, how do we educate them about receiving entitlements.

fil est anéantie. Nous devons comprendre que, si cette relation semble de l'extérieur ne pas avoir de valeur, il demeure que c'est son fils. Ce lien brisé pourrait être une source de culpabilité et de remords chez Rosa, ce qui pourrait occasionner une perte de confiance en soi.

Sur le plan physique, les blessures qu'elle a subies pourraient prendre beaucoup de temps à guérir, et Rosa aura peut-être de la difficulté à s'acquitter de tâches quotidiennes qui nous semblent aller de soi.

Ainsi, une personne capable, qui, il y a un an seulement, croyait pouvoir faire ses propres choix, s'est retrouvée dans la situation où son revenu est insuffisant, un lien de confiance a été brisé et elle est confrontée à des pertes financières imminentes.

Qu'aurions-nous souhaité pour Rosa? Nous aurions voulu qu'elle puisse continuer de faire ses propres choix malgré son âge avancé, et ce but correspond aux options 24, 25 et 28, qui touchent la sécurité du revenu, ainsi qu'à l'ensemble du chapitre 5, sur le fait de vieillir à l'endroit de son choix.

Nous aurions voulu qu'elle soit capable de constater le problème, pour qu'il puisse y avoir une intervention avant le déclenchement de la crise, ce qui correspond à l'option 38 sur la formation des ressources humaines en ce qui concerne les besoins des aînés.

Nous souhaiterions avoir été en mesure de prévenir les pertes financières, les blessures physiques et les traumatismes émotionnels qu'elle a subis, qui correspondent à l'option 39 sur les pratiques exemplaires.

Pour conclure, je suis en faveur des options décrites dans le rapport, mais j'insiste sur le fait qu'il serait indiqué de donner une plus grande portée à bon nombre d'entre celles-ci, de façon à inclure la prévention de la violence envers les personnes âgées.

Je recommande humblement qu'on étende la portée des options 37 à 40 pour inclure l'éducation ciblant les victimes et les victimes potentielles, et plus particulièrement les personnes âgées vulnérables et isolées elles-mêmes.

Je remercie le comité de m'avoir invitée à lui faire part de mes observations aujourd'hui, ainsi que de prêter attention à nos réactions au deuxième rapport intérimaire.

Le sénateur Cordy : Merci beaucoup; nous sommes très heureux d'être ici. Nous avons pu admirer le paysage de votre région hier soir, lorsque nous sommes venus de l'aéroport.

Je veux revenir sur les deux dernières observations au sujet de l'éducation des personnes âgées en ce qui concerne la violence dont elles peuvent être victimes. Je veux commencer par parler de la façon dont nous informons les personnes âgées de leurs droits et de leurs responsabilités. La question de l'éducation et de l'information est importante. Il y a beaucoup de personnes âgées au Canada qui ne touchent pas les prestations du Régime de pensions du Canada parce qu'elles ne savent pas qu'elles doivent présenter une demande. La question, c'est : comment faut-il s'y prendre pour leur expliquer comment toucher les prestations auxquelles elles ont droit?

Have you found any programs that work in terms of educating seniors themselves on how to recognize, because they do not always recognize, that they are being abused? That is the first question.

Ms. Etkin: It is a challenge because people are afraid of the word “abuse.” They do not want to admit it might happen, and there is that fear factor. So education is a challenge.

What I found to be useful when we have gone out to speak to seniors, in seniors’ centres, going to where seniors are, is changing the wording a little bit to how to protect yourselves or how to prevent injury. Again, since financial abuse is so common, that topic is popular with seniors and with many people. If we use the topic, “protecting your finances,” that way, we are able to bring in the other topics.

I think, as well, part of the education is not only for the senior, but for older adults, caregivers who provide care for the seniors. When we have worked with seniors where they are at, at senior centres taking part in programs and participating in senior fairs, that approach has been successful. The challenge, of course, is reaching those seniors who are not participating and who are more isolated.

Again, we have found it to be helpful to work with cultural groups. We have run programs where we have worked at providing the training to members of a particular diverse culture and then those members speak to their peers in their own language. Going to churches, temples and mosques is really finding out where seniors are.

In some of the diverse communities, the best place to reach seniors is through the grocery store and putting up pamphlets there.

I think there is no one particular approach. Again, I think the more we can integrate it into the activities that seniors are taking part in, the better. A growing number of seniors are becoming more computer literate. The Internet is a wonderful place as well to provide programming as long as it is senior-friendly.

Senator Cordy: You talked about training the public, and you gave examples of bank tellers, lawyers, physicians, pharmacists and landlords to recognize potential abuse so that the doctor in the hospital is not the only one noticing it. There are many people.

Should we have a national education program, and not necessarily call it “Look for abuse,” but “Watch for your neighbour”?

Ms. Etkin: There are many successful programs, even one right here in Niagara called Niagara Gatekeepers. The Gatekeepers program has that premise of training and highlighting people out

Avez-vous trouvé un programme qui fonctionne pour ce qui est d’enseigner aux personnes âgées elles-mêmes comment reconnaître — parce qu’elles n’y arrivent pas toujours — le fait qu’elles sont victimes de violence? C’est ma première question.

Mme Etkin : C’est difficile, parce que les gens ont peur du mot « violence ». Ils ne veulent pas admettre que c’est quelque chose qui peut se produire, et il y a là une peur. C’est donc difficile d’éduquer les gens.

Ce que j’ai trouvé qui fonctionnait lorsque nous sommes allés rencontrer des personnes âgées, dans des centres pour personnes âgées, là où elles vivent, c’est de changer la façon de dire les choses un peu, et de parler plutôt de façons de se protéger ou de prévenir les blessures. Encore une fois, comme l’exploitation financière est un phénomène si courant, c’est un sujet dont les personnes âgées et d’autres gens parlent beaucoup. En choisissant comme thème « la protection financière », nous sommes en mesure d’aborder les autres sujets.

Je pense par ailleurs qu’il faut éduquer non seulement les aînés, mais aussi les adultes âgés, les aidants qui s’occupent des aînés. Lorsque nous avons travaillé auprès d’aînés à l’endroit où ils vivent, dans des centres pour personnes âgées où ils prennent part à des programmes et participent à des salons organisés à leur intention, cette démarche a fonctionné. Le problème, bien entendu, consiste à joindre les aînés qui ne participent pas et qui sont isolés.

Nous avons aussi constaté que travailler avec des groupes culturels donne des résultats. Nous avons exécuté des programmes dans le cadre desquels nous avons fourni une formation à des membres d’une culture donnée, puis ces gens se sont adressés à leurs pairs dans leur langue maternelle. C’est dans les églises, dans les temples et dans les mosquées qu’on trouve les personnes âgées.

Dans certaines collectivités multiculturelles, le meilleur endroit pour joindre les personnes âgées, c’est à l’épicerie, et c’est là qu’il faut déposer des brochures.

Je pense qu’il y a plus d’une bonne démarche. À mon avis, plus nous intégrons cela aux activités auxquelles les aînés prennent part, mieux c’est. De plus en plus d’aînés savent utiliser un ordinateur. Internet est donc un autre moyen extraordinaire d’offrir des programmes, pour autant que ceux-ci soient conçus de façon conviviale pour les aînés.

Le sénateur Cordy : Vous avez parlé d’éduquer la population — vous avez donné l’exemple des caissiers de banque, des avocats, des médecins, des pharmaciens et des propriétaires d’immeubles locatifs — pour que les gens puissent détecter des situations où il peut y avoir de la violence, de façon que le médecin à l’hôpital ne soit pas le seul à le remarquer. Il y a beaucoup de gens.

Devrions-nous mettre sur pied un programme national d’éducation, sans nécessairement l’intituler « Attention à la violence », mais en l’appelant peut-être plutôt « Prenez soin de vos voisins »?

Mme Etkin : Il existe de nombreux programmes qui fonctionnent, et il y en a même un ici, dans la région de Niagara, qui s’intitule Niagara Gatekeepers. Le programme des

in the community to recognize abuse. Again, it can be expanded for all vulnerable seniors, so that we are looking at postal workers, and at people in the beauty salon.

There are examples. This program also exists in the States — probably Ms. MacKenzie-High can give you a little more information — where there is a heavy emphasis on training everybody who come into contact with seniors. If this was a national program, it would help to move it ahead and to increase the recognition factor.

Ms. MacKenzie-High: The Gatekeepers program started in the United States. It has been brought successfully to Niagara. I believe now they are looking at expanding on a provincial level, but absolutely, what we need is a national format of that program to ensure that the general public is trained in what to be aware of and what to report, where they can report it and where they can send people for help.

Also, the Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse has created effective public service announcements that have been televised, that show demonstrations of abuse. I would like to see more of that work on a national level so that those people perhaps who cannot go to the public presentation will have an opportunity to say, that happened to me, and that might be abusive. Then, they have a number they can call.

We want to see it broadened on a national level.

Senator Cordy: My last question is for Mr. Ventresca.

I am interested in more information about your regional dementia centre. Is there a huge waiting list to access it, and how did it start?

I am also interested in your multi-agency team because that is a challenge, to have government departments working with one another, and how you brought government departments together.

Mr. Ventresca: The dementia centre was formulated after a number of community groups and consumer groups came together to recognize the need for two dimensions of dementia care. One is the respite side, where family caregivers care for their loved ones at home, but from time to time need support beyond, let us say, in-home respite, which Niagara region operates, or perhaps day programs which Niagara region operates.

We found that there was sometimes a need for overnight respite or several days of respite, so we created a place for eight. It is like a little bed-and-breakfast for eight people at a time who can come to live for overnight or for a few days. We also have a day program there, so that day, evening and night continuous respite can be offered to families, so that families can take a break from

Gatekeepers est fondé sur cette idée de former les gens de la collectivité pour qu'ils soient capables de déceler la violence. C'est quelque chose qui peut être étendu à tous les aînés vulnérables, et on peut penser par exemple aux employés des postes et aux gens qui travaillent dans un salon de beauté.

Il y a des exemples. C'est un programme qui existe aussi aux États-Unis — Mme MacKenzie-High peut sûrement vous donner un peu plus d'information là-dessus — où l'on met beaucoup l'accent sur le fait de former toutes les personnes qui entrent en contact avec des aînés. Si c'était un programme national, ça ferait avancer les choses et les gens reconnaîtraient mieux une situation de violence.

Mme MacKenzie-High : Le programme des Gatekeepers a vu le jour aux États-Unis. On l'a adopté avec succès dans la région de Niagara. Je pense que les gens qui en sont responsables envisagent d'en faire un programme provincial, mais je suis tout fait d'accord avec vous : ce qu'il faut faire, c'est d'en faire un programme national de façon à s'assurer que les gens sachent à quoi faire attention et ce qu'il faut signaler, à qui il faut le signaler et vers où aiguiller les gens qui ont besoin d'aide.

Par ailleurs, le Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées a élaboré une série de messages d'intérêt public efficaces qui ont été télévisés, et qui présentent des exemples de violence. J'aimerais qu'on fasse davantage de travail du genre à l'échelle nationale pour que les gens qui, peut-être ne peuvent pas assister aux conférences publiques, puissent quand même dire, ça m'est arrivé, et c'est peut-être de la violence. Ces gens auraient ainsi un numéro où ils pourraient téléphoner.

Nous voudrions voir ce programme devenir un programme national.

Le sénateur Cordy : Ma dernière question s'adresse à M. Ventresca.

J'aimerais avoir plus d'information sur votre centre régional de soins aux personnes atteintes de démence. Est-ce que la liste d'attente est très longue? Comment ce centre a-t-il vu le jour?

Je m'intéresse également à votre équipe multiorganismes, parce que c'est un défi, de faire en sorte que les ministères travaillent en collaboration, mais vous y êtes arrivé.

M. Ventresca : La structure du centre a été définie après qu'un certain nombre de groupes communautaires et de groupes de consommateurs se sont réunis et ont reconnu la nécessité d'offrir deux volets de soins aux personnes atteintes de démence. L'un de ces volets est celui du répit, et il concerne les aidants qui s'occupent d'un être cher à la maison, mais qui, de temps à autre, ont besoin de plus de soutien, que, disons, le répit à domicile, dont la région de Niagara s'occupe ou encore que les programmes d'une journée que la région exécute.

Nous avons constaté que, dans certains cas, les gens ont besoin d'un répit de plus d'une journée, alors nous avons créé un endroit pour huit personnes. C'est comme un gîte où huit personnes à la fois peuvent passer une nuit ou quelques jours. Il y a également un programme de jour, ce qui fait qu'un répit peut être offert aux familles le jour, le soir ou la nuit, de façon continue, afin que les

time to time or, if something comes up in the family caregiving dynamic where perhaps a spouse looks after a person with dementia at home and the spouse takes ill or whatever, we have this service in Niagara. It operates across the entire Niagara region. It is located in St. Catharines and it is attached to one of our long-term care homes.

The beauty of that service was that it was along with the other side, which is a 17-bed bungalow again, for those who have advanced dementia, who are perhaps already living in a long-term care home or who need placement and are having difficulty being placed. It provides an opportunity for folks to be assessed for a 90-day period prior to admission to another facility. If they already are in a facility and that facility is struggling to maintain them in their facility due to behavioural issues that go beyond the capacity of that long-term care home to manage, then the facility can seek a transfer to this centre. Staff members who are better trained than the average long-term care home staff, along with the psycho-geriatric resource consultants from the psychiatric hospital in Hamilton, can work along with us to assess what interventions may work best, and then have these folks go back to their original long-term care home in their own community.

The beauty of that approach was that it was formed through community activists who came together, and through the municipality and through an opportunity that came up through the Ministry of Health in Ontario, to rebuild some of our aging facilities. We capitalized them and skimmed these beds from the larger component of beds to be developed, and created the centre.

The notion of an interdisciplinary multi-agency assessment team came up because they were already involved in the planning, so we said, the Alzheimer Society, the hospital and the psycho-geriatric consultants who are working in the community often have common clients. Why not come together as a team to assess their needs and then make a joint decision?

Our staff chair that committee, but when the folks are at the table, they are not really working for their agency, they are working for the person who is being assessed at that time. That is the beauty of the approach, and that is why they were nominated for an award; for making practical, integrated health care happen, which is often talked about.

As you know, in Ontario there are 14 Local Health Integration Networks who encourage and enable this kind of approach. We did it here in Niagara based on the needs of the individuals and the community's will to serve them in an integrated way.

Waiting list I think was the other part of the question.

familles puissent faire une pause de temps à autre, ou encore, s'il se produit quelque chose dans le processus de prestation de soins par la famille, par exemple si une personne s'occupe d'un conjoint atteint de démence à la maison et qu'elle tombe malade, nous offrons ce service dans la région de Niagara. Le service est offert à tous les habitants de la région. L'établissement se trouve à St. Catharines, et il s'agit d'une annexe à l'un de nos foyers de soins de longue durée.

La beauté de ce service, c'est qu'il y a aussi un bungalow de 17 places, encore une fois, pour les personnes atteintes de démence avancée, qui, dans certains cas, vivent déjà dans un foyer de soins de longue durée ou ont besoin d'être placées et ont de la difficulté à l'être. Cet établissement offre l'occasion aux gens de faire l'objet d'une évaluation pendant 90 jours avant d'être admis à un autre établissement. S'ils vivent déjà dans un établissement et que les responsables de celui-ci ont de la difficulté à les y garder parce qu'ils ont des problèmes de comportement que le foyer de soins de longue durée ne peut gérer, alors les responsables peuvent demander le transfert de la personne vers ce centre. Les membres du personnel du centre, qui sont mieux formés que la moyenne des employés des foyers de soins de longue durée, avec les consultants en psychogériatrie de l'hôpital psychiatrique de Hamilton, peuvent travailler avec nous afin de déterminer quelles sont les interventions qui pourraient fonctionner le mieux, avant de renvoyer les gens concernés dans leur foyer de soins de longue durée et dans leur collectivité.

La beauté de cette démarche, c'est qu'elle a vu le jour grâce au regroupement d'activistes communautaires, grâce à la municipalité et grâce à une possibilité de rénovation de certaines de nos installations vieillissantes, possibilités offertes par l'intermédiaire du ministère de la Santé de l'Ontario. Nous avons financé ces installations, récupéré des lits de gros ensembles de lits à mettre en place et créé le centre.

L'idée d'une équipe d'évaluation multiorganismes et interdisciplinaire est venue du fait qu'ils participaient déjà à la planification, alors nous avons dit : la Société Alzheimer, l'hôpital et les consultants en psychogériatrie qui travaillent dans la collectivité ont souvent des clients en commun. Pourquoi ne pas travailler en équipe pour évaluer leurs besoins puis prendre une décision ensemble?

Notre personnel préside ce comité, mais lorsque ces gens sont réunis, ils ne travaillent pas vraiment pour leur organisme respectif; ils travaillent plutôt pour la personne qui fait l'objet de l'évaluation à ce moment-là. C'est ça la beauté de l'approche, et c'est la raison pour laquelle nous sommes en nomination pour un prix, pour avoir fait des soins de santé pratiques et intégrés une réalité, cette chose dont on parle souvent.

Comme vous le savez, il y a en Ontario 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé qui encouragent et permettent ce genre d'approche. Nous avons fait cela ici, dans la région de Niagara, en fonction des besoins des gens et du désir de la collectivité de leur offrir des services intégrés.

Je pense que l'autre question portait sur les listes d'attente.

There is always more demand for service than there are resources to provide the service. In the area of complex dementia, the 17-bed unit is typically filled at all times and people apply that we cannot admit. That is why I said earlier in my remarks that we either assess their applicability or suitability to be placed in the T. Roy Adams Regional Centre for Dementia, named after a former mayor of St. Catharines and a long-term advocate for people's needs in Niagara. The Adams Centre either admits them or we provide alternative care in the event that we cannot, but yes, there usually is a waiting list.

On the respite side, it is more week to week and month to month, because the needs crop up as they are, but it operates at a high occupancy rate, although it is good to keep a few vacancies there to respond to the unforeseen needs that may arise from time to time.

Carol Rudel, Manager, Seniors Community Programs, Regional Municipality of Niagara Community Services Department: With regard to the respite centre, I want to describe some of the new features that I think are important if you consider a national respite program. It is important to consider respite in its broadest terms so that it is not restrictive in terms of its access.

The purpose of respite is to provide the caregiver with the necessary support at the time it is needed. If it becomes a complex program from an access point of view, then it becomes a burden on the broader health system.

If someone requires physician assessments prior to coming in or they require specific med pharmacy orders that require an individual from the community to continue to go back to various medical support services to access the centre, it becomes more cumbersome.

What we found with the Adams respite centre was a willingness in Niagara from a lot of community partners to take a look at the access protocols for a long-term-care funded respite bed, that being an overnight bed, which is offered through the Community Outreach and funded on the community side of things.

We realized that we needed to provide rapid response at a time that somebody needed it, and if access is too complex, then we cannot optimize the utilization of that program.

We introduced the adult day program into that location, recognizing that respite comes at any point within a 24-hour period. Somebody may need it for 24 hours, they may need it for 12 or they may need it for six. To establish a respite program, it is necessary to recognize that the need for respite does not fall within a defined period of time.

Il y a toujours davantage de demandes de service qu'il n'y a de ressources pour offrir les services. Pour ce qui est de la démence complexe, l'unité de 17 lits est habituellement occupée à pleine capacité en tout temps, et nous devons refuser certaines personnes qui présentent une demande. C'est la raison pour laquelle j'ai dit tout à l'heure dans mes observations que nous évaluons la possibilité que ces gens puissent être placés au T. Roy Adams Regional Centre for Dementia, qui porte le nom d'un ancien maire de St. Catharines qui a longtemps fait valoir les besoins des gens dans la région de Niagara. Soit le centre admet ces gens, soit nous leur offrons d'autres types de soins si c'est impossible, mais, oui, il y a habituellement une liste d'attente.

Pour ce qui est du répit, c'est davantage une situation qui varie de semaine en semaine et de mois en mois, parce que les besoins se font sentir au fur et à mesure, mais le taux d'occupation est toujours élevé, quoi qu'il soit indiqué de garder quelques places libres pour répondre aux besoins prévus qui surviennent de temps à autre.

Carol Rudel, gestionnaire, Programmes communautaires aux aînés, Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara : En ce qui concerne le centre de répit, j'aimerais décrire certaines des nouvelles caractéristiques qui, selon moi, sont importantes, si l'on envisage la création d'un programme national de répit. Il est important de définir le répit de la façon la plus générale possible pour que l'accès au programme ne soit pas restreint.

Le but du répit, c'est d'offrir à l'aidant le soutien dont il a besoin au moment opportun. Si le programme devient complexe du point de vue de l'accès, alors ce programme est un fardeau pour l'ensemble du système de santé.

Lorsqu'une personne doit subir un examen médical avant d'accéder au centre ou si l'on exige des ordonnances qui font qu'une personne de la collectivité doit continuer d'avoir recours à différents services de soutien médical, le processus devient lourd.

Ce que nous avons constaté, au centre de répit Adams, c'est qu'il y a une volonté, chez beaucoup de partenaires communautaires de la région de Niagara, de jeter un coup d'œil sur les protocoles d'accès à une place financée dans un centre de répit à long terme, c'est-à-dire à un lit où il est possible de passer la nuit, cette place étant offerte par le centre communautaire et financée du côté communautaire.

Nous nous sommes aperçus qu'il fallait que nous intervenions rapidement au moment où la personne en a besoin, et que si l'accès était trop compliqué, nous ne pouvions arriver à rendre optimale l'utilisation du programme.

Nous avons instauré le programme de jour pour les adultes à cet endroit, à la lumière du fait que le répit peut être nécessaire à n'importe quel moment de la journée. Une personne peut avoir besoin d'un répit pendant 24 heures, pendant 12 heures ou encore six. Pour établir un programme de répit, il faut comprendre que le besoin de répit ne se fait pas sentir pendant une période définie.

The Chair: Thank you very much. Before I turn to Senator Mercer and Senator Chaput, I need a motion, senators. Apparently, local television will come to the meeting. They have agreed to abide by our normal rules. Can I have approval that television cameras can set up? So agreed.

Senator Mercer: I found this discussion of elder abuse disturbing but also some of the suggestions that you made intriguing. I find the financial abuse in the case of Rosa, that you gave, interesting.

Yesterday, I attended a meeting of the Ontario Seniors' Secretariat Liaison Committee in Toronto, on behalf of the committee. One thing that was brought up by the francophone organization, La Fédération des aînés et jeunes retraités francophones de l'Ontario, FAFO, was that they had put together a new booklet on the ABCs of fraud.

When we have difficulty talking about the financial abuse that happens, and a good deal of it coming from family members, if we could find a way to somehow work it into the education of the community and of seniors themselves, it might be interesting if we could use some of the good work that has already been done by others.

I am curious, though. You talked about the need for cross-disciplinary education and to involve people in reporting or identifying elder abuse. We talked about pharmacists, doctors, nurses, dentists, Veterans Affairs Canada personnel, bank tellers, lawyers, postal workers, and probably others that I have missed. That is a long list of people.

How do we protect the privacy of both the senior and the reporter of a potential elder abuse, and also not put such an onus on reporters that they will not report because it will cause too much trouble for them to report what they have seen?

Ms. Etkin: I think we do not necessarily want to go with the reporting mentality. It is more that we want those people to recognize that this person may be abused and provide them with the option that help is available, and where they can find it, or, depending on the person, they may be able to offer some of those supports.

For example, for bank tellers, for financial managers, it is usually obvious that something is going on. Large amounts of money are missing, someone always accompanies the senior and the senior is forced to sign documents. There are simple things they can do at that level in terms of speaking with the senior alone and letting them know some of the dangers of a joint bank account. For example, if they add this person's name to the account, does the senior know that in five minutes that person can clear the account out? Most people are not aware of those things.

La présidente : Merci beaucoup. Avant que je puisse céder la parole au sénateur Mercer et au sénateur Chaput, il faut que vous proposiez une motion, sénateurs. Il semble que les gens d'une chaîne de télévision locale vont venir filmer la réunion. Ils ont accepté de se plier à nos règles habituelles. Puis-je obtenir votre approbation quant au fait qu'on installe des caméras de télévision ici? C'est donc adopté.

Le sénateur Mercer : Je trouve troublante la discussion que nous avons sur la violence envers les aînés, mais je trouve également intrigantes certaines des suggestions que vous avez faites. Le cas d'exploitation financière que vous avez présenté, celui de Rosa, est intéressant.

J'ai assisté hier à une réunion du comité de liaison du Secrétariat aux affaires des personnes âgées de l'Ontario, et j'y représentais le comité. Une chose dont ont parlé les représentants de l'organisation francophone, la Fédération des aînés et jeunes retraités francophones de l'Ontario, ou FAFO, c'est qu'ils ont publié un nouveau livret sur l'ABC de la fraude.

Comme nous avons de la difficulté à parler d'exploitation financière, qui est en grande partie le fait des membres de la famille, si nous pouvions trouver le moyen d'intégrer cela à l'éducation des membres de la collectivité et des aînés eux-mêmes, ce serait intéressant si nous pouvions nous appuyer sur le travail de qualité que d'autres ont déjà fait.

Je suis curieux, cependant. Vous avez parlé du besoin d'offrir des programmes d'éducation interdisciplinaires et de faire participer les gens au processus de dénonciation ou de détection de la violence envers les aînés. Nous avons parlé des pharmaciens, des médecins, des infirmières, des dentistes, du personnel d'Anciens Combattants Canada, des caissiers de banque, des avocats, des employés des postes, et nous avons probablement parlé d'autres personnes concernées, mais j'ai raté ce qui s'est dit. C'est une longue liste de gens.

Comment faire pour protéger la vie privée à la fois de l'aîné et de la personne qui dénonce ce qui pourrait être un acte de violence commis envers l'aîné? Comment faire aussi pour ne pas imposer un fardeau de preuve trop important au dénonciateur, afin d'éviter qu'il décide de ne pas dénoncer la violence parce que cela devient trop compliqué pour lui de faire état de ce qu'il a vu?

Mme Etkin : Je pense que nous ne devrions pas nécessairement instaurer un climat de dénonciation. C'est plutôt que nous voulons que les gens dont nous avons parlé s'aperçoivent qu'un aîné est peut-être dans une situation de violence et qu'ils puissent leur indiquer qu'ils peuvent obtenir de l'aide et où, ou encore, selon le rôle que jouent ces personnes, peut-être d'offrir eux-mêmes cette aide.

Pour les caissiers de banque et pour les gestionnaires financiers, par exemple, c'est généralement évident que quelque chose se passe. De grosses sommes d'argent manquent, quelqu'un accompagne toujours l'aîné, et l'aîné est forcé de signer des documents. Il y a des choses simples qu'ils peuvent faire, c'est-à-dire discuter seul à seul avec l'aîné et lui expliquer quels sont les risques liés au fait d'avoir un compte conjoint. Si, par exemple, l'aîné inscrit le nom de telle ou telle personne à son compte, sait-il que cette personne peut vider son compte dans les cinq minutes

Does the senior know their pension cheque can be deposited directly into the bank account, so that when their nephew shows up on May 1, because that is when the cheque comes, they do not need to worry about that cheque.

People can do a lot of practical things. I think part of the issue is that elder abuse is so hidden, so bank tellers and others do not think about it, because we do not see it on the media, we do not hear about it, and so it is not at the top of their list.

Senator Mercer: I want to continue with bank tellers and bank managers for a moment, because we all end up dealing with that common denominator in our lives, whether we are young or old.

Do we have programs to educate bank tellers to watch for abuse? I had a personal incidence in the family recently with my uncle, who was making some financial changes. When he contacted his lawyer, his son was with him. The lawyer pointedly removed the son from the room and said, is this what you really want to do? The lawyer determined that change was exactly what my uncle wanted to do, which was fine. However, bank tellers and bank managers are not social workers. They are not people who are normally trained to identify abuse.

Have we embarked, or maybe we should embark, on an education program through the banks and through the credit unions to say, here are warning signs to look for, and here are simple things you can do to help, by asking several questions of the people.

Ms. Etkin: There are programs already that some banks have gone ahead with; I think the Bank of Nova Scotia and the Royal Bank. The problem is, the program is not standardized across the province, and it is not in every branch. We are not trying to make them into social workers because we would target the education to their area of expertise, which is finances.

Most of the time, if we speak to the bank tellers, they knew something was going on, but they did not know what to do about it. There was no policy and no mention of it. They are leery about confidentiality. They do not understand the boundaries. I think there is a lot they could do that they would welcome.

As an example, my mother, who is 87 years old, lives alone in Winnipeg. I am a Winnipegger. When my father passed on, she had never handled the finances. She went to the bank. The bank

qui suivent? La plupart des gens ne sont pas conscients de ce genre de chose. L'aîné sait-il qu'il est possible de faire déposer son chèque de pensions directement dans son compte bancaire, de façon à ne pas avoir à se préoccuper de ce chèque lorsque son neveu lui rend visite le 1^{er} mai, parce que c'est à ce moment-là que les chèques arrivent.

Les gens peuvent faire beaucoup de choses dans la pratique. Je pense qu'une partie du problème, c'est que la violence envers les personnes âgées est cachée, ce qui fait que les caissiers de banque et les autres personnes qui côtoient les aînés n'y pensent pas, parce qu'on n'en parle pas dans les médias, ou parce qu'on n'en entend pas parler, et cela ne figurerait donc pas en tête de leur liste.

Le sénateur Mercer : Je veux continuer de parler des caissiers et des directeurs de banque pendant quelques instants encore, parce que nous finissons tous par avoir affaire à eux, qui sont un dénominateur commun de notre vie, que nous soyons jeunes ou vieux.

Existe-t-il des programmes visant à former les caissiers de banque pour qu'ils décèlent l'exploitation? Quelque chose est arrivé récemment dans ma famille lorsque mon oncle a décidé d'apporter certains changements dans sa situation financière. Lorsqu'il a rencontré son avocat, son fils était avec lui. L'avocat a explicitement demandé au fils de sortir de la pièce et il a demandé à mon oncle s'il souhaitait réellement apporter les modifications dont il était question. L'avocat a donc vérifié que les modifications correspondent exactement au souhait de mon oncle, ce qui est une très bonne chose. Les caissiers et directeurs de banque ne sont cependant pas des travailleurs sociaux. Ils ne sont habituellement pas formés pour déceler l'exploitation.

Avons-nous mis sur pied un programme d'éducation — ou peut-être devrions-nous le faire — dans les banques et dans les caisses populaires pour dire : voici les signes auxquels il faut être attentif, et voici quelque chose de simple que vous pouvez faire pour aider, en posant quelques questions aux gens.

Mme Etkin : Il y a déjà des banques qui ont adopté certains programmes; je pense qu'il s'agit de la Banque Scotia et de la Banque Royale. Le problème, c'est que le programme n'est pas uniformisé dans l'ensemble de la province et il n'est pas offert dans toutes les succursales. Nous n'essayons pas de faire des gens qui travaillent dans les banques des travailleurs sociaux, parce que nous ferions en sorte que le programme d'éducation soit axé sur leur domaine d'expertise, qui se trouve à être les finances.

La plupart du temps, lorsque nous interrogeons les caissiers de banque, ils disent qu'ils savaient qu'il se passait quelque chose, mais sans savoir quoi faire. Il n'y a pas de politique, et ils n'ont jamais entendu parler de l'exploitation. Le respect de la confidentialité les préoccupe. Ils ne savent pas quelles sont les limites. Je pense qu'il y a beaucoup de choses qu'ils seraient contents de faire.

Je vais vous donner l'exemple de ma mère, qui a 87 ans et qui vit seule à Winnipeg. Je viens de Winnipeg. Mon père est décédé, et elle ne s'était jamais occupée des questions financières

had a long-standing relationship with my father and they were excellent. They had a separate area set up for seniors. They helped her. It was marvellous.

After five years, as you know, the bank tellers and everybody rotate. Those people, away they went. The next time I went to the bank with my mother, that relationship was gone. There was no more seniors' corner; there was no one there who knew my mom. She had to go in the regular line with the bank tellers and speak loudly, and she did not know what was going on. The person behind would have total input into all her financial stuff. Why did that happen? It was such a wonderful program.

Sometimes, it is dependent, I think, on who the bank manager is and whether the bank has a huge population of seniors in that branch, but there is no reason why it cannot be more standardized.

The Chair: If I can interject for a moment, it can also happen the other way around.

In my father-in-law's case, \$72,000 was taken from his account by a teller.

Ms. Rudel: Here in Niagara at least, and this is where I think we need to expand to a national type of program, the Gatekeepers program is volunteer-driven and part of their mandate is to train and educate bank tellers and bank managers. I know there are fraudulent bank tellers as well, unfortunately, but we need to educate the honest ones what to look for and what to recognize.

We have designed an effective system here in Niagara, although we probably need more Gatekeepers volunteers to help us with that. The Gatekeepers organization has partnered, in fact, with the Community Care Access Centre to monitor what we call the Gatekeeper Line, so those bank tellers can then contact the CCAC Gatekeeper Line and volunteers take the basic information and forward it to the most appropriate agency.

If, for example, it is a scenario of potential financial abuse, the most likely scenario is that the CCAC would forward that information to one of the community workers with seniors' community programs for the region of Niagara, who would then go and investigate with that person. It may well become a police issue if it is a fraudulent act or a theft, but the community worker will walk with them through that process.

auparavant. Elle s'est rendue à la banque. Les gens de la banque entretenaient depuis longtemps une relation avec mon père, et ils faisaient un excellent travail: Il y avait à la banque une section réservée aux aînés. Les gens de la banque ont aidé ma mère. C'était merveilleux.

Après cinq ans, comme vous vous en doutez, les caissiers et tout le reste du personnel de la banque s'étaient renouvelés. Les gens qui étaient là auparavant étaient partis. Lorsque je suis retournée à la banque avec ma mère, il était devenu impossible de recréer le lien qu'elle avait eu avec les employés de la banque. Il n'y avait plus de coin réservé aux aînés; personne là-bas ne connaissait ma mère. Elle a dû faire la file pour aller à une caisse ordinaire et parler fort, et elle ne savait pas ce qui se passait. La personne qui se trouvait derrière elle dans la file pouvait entendre toute l'information sur la situation financière de ma mère. Pourquoi est-ce que les choses se sont passées ainsi? C'était un programme tellement extraordinaire!

Je pense que ça dépend parfois du directeur de la banque et du fait qu'il y a ou non beaucoup de clients âgés à cette banque, mais rien n'empêche d'uniformiser davantage ce genre de chose.

La présidente : Si vous me permettez d'intervenir, les choses se passent parfois aussi dans l'autre sens.

Dans le cas de mon beau-père, un caissier de banque a pris 72 000 \$ dans son compte.

Mme Rudel : Ici, dans la région de Niagara, du moins — et je pense que c'est à cet égard qu'il faut transformer l'idée en un programme national —, le programme des Gatekeepers est exécuté par des bénévoles, et leur mandat consiste en partie à former et à éduquer les caissiers et les directeurs de banque. Je sais qu'il y a aussi des caissiers de banque mal intentionnés, malheureusement, mais nous devons continuer d'éduquer les caissiers honnêtes pour qu'ils puissent savoir à quoi être attentifs et pour qu'ils puissent reconnaître les signes d'exploitation.

Nous avons mis au point un système efficace dans la région de Niagara, quoique nous avons probablement besoin de plus de bénévoles pour nous donner un coup de main, avec ce programme des Gatekeepers. En fait, l'organisation des Gatekeepers s'est associée au Centre d'accès aux soins communautaires pour s'occuper de ce que nous appelons la ligne Gatekeeper, de façon que les caissiers de banque puissent utiliser la ligne Gatekeeper CASC pour communiquer les renseignements de base sur le cas d'un aîné aux bénévoles qui s'occupent de la ligne et qui transmettent ces renseignements à l'organisme le mieux placé pour s'occuper du cas.

Si, par exemple, il s'agit d'une situation où il est possible qu'un aîné soit victime d'exploitation financière, ce qui est le plus susceptible de se passer, c'est que le CASC fasse parvenir ces renseignements à l'un des travailleurs communautaires des programmes communautaires offerts aux aînés dans la région de Niagara, qui, eux, se chargeraient ensuite de communiquer avec l'aîné pour obtenir davantage de détails. Le dossier peut très bien être renvoyé à la police s'il s'agit d'un acte frauduleux ou d'un vol, mais le travailleur communautaire accompagne l'aîné dans ce processus.

There is some support but even here in Niagara, we could use more bodies, and indeed, to expand the program on a national basis. Whether it is called Gatekeepers or something else, it is the direction to go.

Senator Mercer: You have anticipated my next question, which was exactly that. Perhaps, we should make a note of the Gatekeeper program because it might be under our heading of Best Practices. It is obviously one that we might want to steal from you. It is a good idea.

Ms. Etkin: Our organization also has already developed a curriculum that can be used for these various groups, so we would not need to start from scratch to develop these materials.

Senator Mercer: Is it possible to make that curriculum available to the committee?

Ms. Etkin: I believe we brought a copy for you, as well as the public service announcements that you can take a look at.

Senator Mercer: I thought it might be a good idea that the committee view the public service announcements at some point when we go back to Ottawa.

Mr. Peirce, as you moved through your report, your support and recommendations on our recommendations, you talked about telemedicine, about which we have not had a discussion on before.

Can you expand on what is happening in the region, how it is being used or how you would like to see it expanded?

Mr. Peirce: Telemedicine is an emerging field that has the capacity to expand the availability of services or the ease of delivery of services.

Three telemedicine networks in Ontario were merged in the last year to year and a half to form the Ontario Telemedicine Network. They have three priorities: administrative efficiencies to hold multi-site meetings; educational opportunities; and clinical efficiencies to provide, for instance, wound care off-site, where a camera is there, and a specialist can be in a specific site, see wounds from all over the province, and make recommendations on the treatments, et cetera.

That type of program has unlimited capacity to expand available limited resources.

Il y a un certain soutien, mais, même ici, dans la région de Niagara, nous pourrions employer plus de monde, et, en fait, transformer le programme en un programme national. Que le programme national porte le nom de programme des Gatekeepers ou un autre nom, c'est la voie qu'il faut emprunter.

Le sénateur Mercer : Vous avez répondu exactement à la question que j'allais poser. Nous devrions peut-être noter le nom du programme des Gatekeepers, parce qu'il conviendrait peut-être d'en parler dans notre rapport sous le titre Pratiques exemplaires. C'est certainement une idée que nous pourrions vouloir vous voler. C'est une bonne idée.

Mme Etkin : Notre organisation a par ailleurs déjà élaboré un programme d'éducation qui pourrait être utilisé pour ces différents groupes, ce qui fait que nous n'aurions pas à tout recommencer à zéro lorsqu'il s'agira de rédiger les documents nécessaires.

Le sénateur Mercer : Pourriez-vous fournir un exemplaire de ce programme au comité?

Mme Etkin : Je pense que nous vous en avons apporté un exemplaire, ainsi qu'un exemplaire du texte des messages d'intérêt public dont nous avons parlé tout à l'heure, et vous pourriez jeter un coup d'œil là-dessus.

Le sénateur Mercer : Je pense que ce serait peut-être une bonne idée que les membres du comité visionnent ces messages d'intérêt public à un moment donné, lorsque nous serons de retour à Ottawa.

Monsieur Peirce, lorsque vous avez passé en revue notre rapport et que vous nous avez parlé des recommandations avec lesquelles vous étiez d'accord et des recommandations que vous nous faites concernant celles-ci, vous avez parlé de télémedecine, et c'est quelque chose dont nous n'avions jamais discuté auparavant.

Pouvez-vous nous dire ce qui se passe dans ce domaine dans la région et nous expliquer comment on utilise cela et en quoi vous aimeriez voir la portée de cet outil élargi?

M. Peirce : La télémedecine est un nouveau domaine qui offre la possibilité d'accroître l'offre de services ou de faciliter la prestation des services.

Trois réseaux de télémedecine ont été fusionnés en Ontario au cours de l'année ou de l'année et demie qui vient de s'écouler, et cette fusion a donné lieu à la création du Réseau télémedecine Ontario. Les responsables de ce réseau ont trois priorités : sur le plan administratif, les économies rendues possibles par la tenue de réunions à distance; les possibilités qui s'offrent au chapitre de l'éducation; sur le plan clinique, les économies qui sont rendues possibles par le fait, par exemple, de pouvoir soigner des blessures à distance, c'est-à-dire qu'on installe une caméra là où la personne blessée se trouve et qu'un spécialiste qui travaille dans un endroit précis peut voir sur un écran les blessures de gens se trouvant un peu partout dans la province et formuler des recommandations sur les traitements, et ainsi de suite.

Ce genre de programme offre des possibilités infinies d'expansion de ressources limitées.

A second program that is currently in a test phase in Ontario is a program with family health teams on using telehome care, instead of telemedicine, for chronic disease management. This care does not have the camera component but transmits data — vital signs, et cetera — for people with specific chronic disease conditions that are then monitored centrally.

If somebody has congestive heart failure and all of a sudden their weight goes up over a short period of time, that is identified and the caregiver says: do they need to take a Lasix; do they need a visit; or do they need to go to an emergency department.

Those sorts of modalities, especially in more rural and remote areas, have tremendous capability and are expanding.

For telemedicine, I will bow to the Maritimes. In New Brunswick, there is a post-cardiac program where people take a camera and equipment home to monitor post-heart condition and hospitalization stays, and it has had tremendous results.

It is an emerging technology that helps deal with the health human resource shortage.

Senator Mercer: I will put my other hat on. I have been involved in a study on rural poverty. One big problem we talked about there was the real problem of transportation in rural areas. Telemedicine might eliminate that seemingly necessary visit to the doctor that they cannot manage because they are elderly and they require assistance to go there.

Mr. Peirce: As a further example, with the Community Care Access Centre, many of our shorter stay clients are on-service with respect to post-surgical or other wound care issues. There are a limited number of wound care specialists in this province. With an expansion of telemedicine, if the wound care specialist can be centralized and work with a nurse who makes a visit, there is the capacity to use that expertise on a much broader basis.

Senator Mercer: Do we use nurse practitioners in that program as well as doctors?

Mr. Peirce: Yes, definitely. I am not sure if wound care specialists technically would be nurse practitioners, advanced care nurses or advanced practice nurses.

The Chair: Not so many years ago, I observed a pilot project in Prince Edward Island, which was an incredible monitoring system of patients in their home, where blood pressure, pulses and all

Un autre programme qui est actuellement mis à l'essai en Ontario fait intervenir des équipes de santé familiale qui utilisent les télésoins à domicile, plutôt que la télé-médecine, pour la gestion des maladies chroniques. Dans ce cas, il n'y a pas de caméras, mais les données — les signes vitaux, et ainsi de suite — concernant des gens atteints de certaines maladies chroniques sont analysées de façon centralisée.

Si une personne a une défaillance cardiaque et que, tout à coup, son poids augmente sur une courte période, on le relève, et l'aidant demande si la personne doit prendre Lasix, si elle doit être examinée par un médecin ou si elle doit se rendre à l'urgence.

Ce genre de moyens d'intervention offre énormément de possibilités et est en expansion, surtout dans les régions rurales et éloignées.

Pour ce qui est de la télé-médecine, je lève mon chapeau aux Maritimes. Au Nouveau-Brunswick, il y a un programme de suivi postcardiaque dans le cadre duquel les gens apportent une caméra et un certain équipement à la maison pour surveiller l'état de santé postcardiaque et postérieur à un séjour à l'hôpital, et ce programme a donné des résultats extraordinaires.

Il s'agit d'un nouvel outil technologique qui contribue à régler le problème de la pénurie de ressources humaines en santé.

Le sénateur Mercer : Je vais aborder les choses du point de vue de mon autre rôle. J'ai participé à une étude sur la pauvreté rurale. L'un des problèmes importants dont nous avons parlé dans le cadre de cette étude, c'est celui très réel des transports en milieu rural. Grâce à la télé-médecine, les patients âgés pourront peut-être éviter les visites chez le médecin qui semblent nécessaires, mais qui posent problème pour eux parce qu'ils sont âgés et qu'ils ont besoin d'aide pour se rendre chez le médecin.

M. Peirce : Pour vous donner un autre exemple, dans notre Centre d'accès aux soins communautaires, bon nombre de nos clients qui y font de courts séjours sont suivis à la suite d'une intervention chirurgicale ou pour une autre raison liée aux soins des plaies. Il n'y a qu'un petit nombre de spécialistes de soins des plaies dans la province. Avec l'expansion de la télé-médecine, si le spécialiste du soin des plaies pouvait travailler sans avoir à se déplacer et avec l'aide d'une infirmière qui s'occuperait des visites, alors il serait possible de mettre à profit son expertise beaucoup plus qu'en ce moment.

Le sénateur Mercer : Avons-nous recours à des infirmières praticiennes dans le cadre de ce programme, ainsi qu'à des médecins?

M. Peirce : Oui, assurément; je ne sais pas si, à strictement parler, les spécialistes du soin des plaies sont des infirmières praticiennes, des infirmières prodiguant des soins avancés ou des infirmières exerçant à un niveau avancé.

La présidente : Il n'y a pas si longtemps, j'ai observé le déroulement d'un projet pilote à l'Île-du-Prince-Édouard, et c'était un incroyable système de suivi des patients à domicile,

that kind of thing could be taken routinely every day. The home care nurse called the patient. The patient was in front of their little machine and all that information was immediately relayed.

It seems to me that we have not made nearly the kind of advances that we should have made in the further promotion of that technology, but what about further promotion of health information on your health card?

The common complaint I receive from seniors is the continual amount of testing that they are required to go through when they go from one doctor to another doctor, to another doctor, when all that information could be encrypted and could go with the patient.

What is your attitude about that kind of innovative thinking, Mr. Peirce and Mr. Ventresca?

Mr. Peirce: I believe each of the 14 Local Health Integration Networks have what is called a new Integrated Health Services Plan, IHSP. Every one of them has, as one of their priorities, the advancement of the electronic health record. It is a high cost investment but it may be short-term pain for much longer-term gain. Accurate, timely information that reduces duplication of tests and misinformation being communicated has merit. I believe as much effort as is necessary should be put into it to advance it nationally.

Mr. Ventresca: I think Mr. Peirce has nailed that issue nicely there.

The only thing I could add is, from the perspective of long-term care home operators, where we have come together within the area of the Local Health Integration Network, LHIN, a group of 20-some-odd homes have expressed an interest in becoming involved in some of the LHIN initiatives to record or have the information available electronically and share it so that seniors tell their story once and not have to repeat it over and over again. More importantly or equally important is not to have the system repeat all those tests with all the expenses involved.

The issue we face is one of funding. It would have to be at a higher level at the provincial level to say that this will be —

The Chair: Federal —

Mr. Ventresca: I do not want to go into any areas of federal and provincial jurisdictional discussions, but if there was a national standard or framework for this kind of thing, possibly with funding to be distributed to the provinces and territories to initiate it, that would be wonderful.

dans le cadre duquel on prenait la tension artérielle, le pouls et ce genre de chose tous les jours. L'infirmière s'occupant des soins à domicile téléphonait au patient. Celui-ci se tenait devant sa petite machine, et toute cette information était transmise directement à l'infirmière.

Il me semble que nous sommes loin d'avoir réalisé les progrès que nous aurions dû réaliser dans la promotion de cette technologie, mais qu'en est-il de la promotion de l'idée d'utiliser la carte d'assurance maladie pour stocker de l'information sur la santé?

J'entends souvent des aînés se plaindre des nombreux examens qu'ils doivent constamment subir lorsqu'ils changent de médecin, alors que toute cette information pourrait être encryptée et suivre le patient.

Monsieur Peirce, monsieur Ventresca, que pensez-vous de ce genre d'idées nouvelles?

M. Peirce : Je crois que chacun des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé a ce qui s'appelle un plan de services de santé intégré, ou PSSI. La promotion du dossier électronique de santé fait partie des priorités de tous ces plans. Il s'agit d'un investissement important, mais c'est un effort à faire à court terme qui pourrait donner lieu à des gains importants à long terme. Un mécanisme qui permettrait d'obtenir de l'information exacte en temps opportun et qui éviterait la multiplication des examens et la transmission d'information erronée serait un mécanisme de grande valeur. Je pense qu'il faudrait déployer tous les efforts nécessaires pour faire la promotion de cet outil à l'échelle nationale.

M. Ventresca : Je trouve que M. Peirce a bien décrit la situation.

La seule chose que j'ajouterais, c'est que, du point de vue du foyer de soins de longue durée, où nous nous sommes réunis, dans la région qu'englobe le Réseau local d'intégration des services de santé, ou RLISS, les responsables d'un groupe de quelque 20 foyers se sont dits intéressés à participer à certaines des initiatives du RLISS consistant à enregistrer l'information ou à en disposer en format électronique et à l'échanger, de façon que les aînés puissent raconter leur histoire une seule fois, plutôt que d'avoir à la répéter encore et encore. Ce qui est encore plus important, ou peut-être tout aussi important, c'est que l'intervenant du système n'ait pas à refaire tous ces examens, avec toutes les dépenses que cela suppose.

Le problème auquel nous sommes confrontés est un problème de financement. Il faudrait que ce soit à un niveau plus élevé, à l'échelle provinciale, pour que l'on puisse dire que cela va être...

La présidente : Fédérale...

M. Ventresca : Je ne veux absolument pas lancer un débat sur les compétences fédérales et provinciales, mais, s'il y avait une norme ou un cadre national pour ce genre de chose, peut-être assorti de financement pour permettre aux provinces et aux territoires de lancer l'initiative, ce serait extraordinaire.

From an operator's point of view, we would want to do that. I think our consumers would be interested. It is a matter of a strategy, with funding to accompany it, to make it happen.

The Chair: Before I turn the floor over to Senator Chaput, I will introduce a colleague from "the other place." We never refer to members of the House of Commons and the Senate chamber as "the members of the House of Commons" or "members of the Senate." We refer to them as "the members from the other place."

The member from the other place at the back of the room is John Maloney. Nice to see you, John.

John Maloney, Member of Parliament for Welland: Welcome to Welland.

Senator Chaput: My first question is for Mr. Ventresca.

In your conclusion, you talked about the role of a national enabler and knowledge broker. Interestingly enough, our committee had a witness who told us that health care needed much more planning at the national level. As a matter of fact, I think he even told us that we did not plan at a national level; that there was not much planning.

Does that comment tie in with one of your conclusions here, and would you care to expand more on what you meant by the role of a national enabler and knowledge broker?

Mr. Ventresca: The role of an enabler and knowledge broker is one where information can be brought together and shared with those who have the responsibility of implementing the care.

I am sensitive to the issue of federal and provincial roles. If provincial and territorial roles are to deliver health care, for example, except for the selected groups that the federal government has direct jurisdiction over, then how does one influence what other parties are accountable for without having that direct authority?

The idea is to provide, first of all, the means to draw the information together, funding those who may do the research, those who will assemble the information, and then perhaps pull people together at national conferences or things like that, and provide input into frameworks. That input can then be taken to those who have the jurisdiction of delivering health care to apply that, with perhaps national standards or national goals, if they are reported. For those who do not meet those standards or goals, there will be subtle pressures because, again, the issue is not having the authority over those who provide the service.

By having that framework and some infrastructure to support that framework and deliver the message and the information, hopefully those who have the responsibility for delivering that service will take the information and apply it.

Du point de vue des établissements, c'est quelque chose que nous serions prêts à faire. Je pense que nos clients seraient intéressés. Il s'agit d'avoir une stratégie, et du financement à l'appui, pour faire de cela une réalité.

La présidente : Avant de passer la parole au sénateur Chaput, je vais vous présenter un collègue de « l'autre endroit ». Lorsque nous parlons des députés ou des sénateurs, nous ne les désignons jamais par ces termes. Nous disons : « les membres de l'autre endroit ».

Le membre de l'autre endroit qui se trouve au fond de la pièce est M. John Maloney. Content de vous voir, John.

John Maloney, député, Welland : Bienvenue à Welland.

Le sénateur Chaput : Ma première question s'adresse à M. Ventresca.

Dans votre conclusion, vous avez parlé d'un rôle de facilitateur national et de courtier du savoir. Ce qui est assez intéressant, c'est qu'un témoin que nous avons reçu nous a dit que, selon lui, il devrait y avoir une planification beaucoup plus importante des soins de santé à l'échelle nationale. En fait, je pense qu'il nous a même dit que nous ne faisons pas de plan à l'échelle nationale; qu'il n'y a pas beaucoup de planification à ce niveau.

Est-ce qu'il y a un lien entre cette observation et l'une des conclusions que vous avez présentées ici? Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par un rôle de facilitateur national et de courtier du savoir?

M. Ventresca : Le rôle de facilitateur et de courtier du savoir consiste à regrouper l'information et à la transmettre aux intervenants qui sont chargés de prodiguer les soins aux patients.

Je suis sensible à la question des rôles fédéraux et provinciaux. Si, par exemple, les rôles provinciaux et territoriaux consistent à offrir les soins de santé, sauf à quelques groupes précis qui relèvent du gouvernement fédéral, alors comment faut-il s'y prendre pour exercer une influence sur les autres parties responsables, si on ne possède pas cette autorité directe?

L'idée, c'est de commencer par offrir les moyens de regrouper l'information, par financer les personnes qui peuvent effectuer les travaux de recherche, celles qui peuvent regrouper l'information, pour ensuite peut-être réunir ces gens dans le cadre de conférences nationales ou quelque chose comme ça, et fournir des données dans certains cadres. Ces données peuvent être transmises aux organisations qui sont chargées de la prestation des soins de la santé pour qu'elles les appliquent, avec peut-être des normes nationales ou des objectifs nationaux, si on en fait état. Des pressions subtiles seront exercées sur les organisations qui ne respectent pas ces normes ou buts, parce que, encore une fois, le problème, c'est qu'on n'a pas d'autorité sur les intervenants qui offrent les services.

Grâce à ce cadre et à certains éléments d'infrastructure appuyant ce cadre permettant de livrer le message et de transmettre l'information, on peut espérer que les intervenants qui ont la responsabilité de la prestation des services vont prendre l'information et l'appliquer.

Senator Chaput: You see that taking place through some kind of a national policy, a policy at the national level?

Mr. Ventresca: I am not familiar with all the federal mechanisms to achieve that delivery, but provide the role of whatever it would take, whether it is a policy accompanied by funding to enable that process. Some initiative at the federal level to make that process happen would be a step in the right direction.

Therefore, when we learn about the Gatekeepers, when we learn about the Adams centre, it is shared not only among those who happen to use it, but that information is shared with others. Others are shown some of the tips and secrets to achieving it, and what are some of the successes, and hopefully, others will pick it up and do it in their area.

Senator Chaput: Mr. Peirce, you talked about telemedicine. You answered a question from my colleague.

On the seniors' dental program, you said you had such a program here, right? Can you expand on what has been happening in that program?

Mr. Peirce: There is a program in Halton, centered out of the Burlington area, which is the far northwest of our region. It is the Halton Oral Health Outreach. It attempts to provide dental care to seniors or adults with certain disabilities who might not otherwise access dental care.

There are so many aspects of health where, if your feet are sore, your mobility is affected; if your mouth is sore, your nutrition may be affected. The program focuses on trying to provide adequate dental care to some vulnerable or at-risk populations.

It has been an award-winning program of the Canadian Dental Association and the Ontario Association of Community Care Access Centres. It is associated with the Community Care Access Centre, which identifies seniors who qualify for that program and need that program, and they make that referral.

Senator Chaput: Is it a cost-sharing program? Who initially pays for that service?

Mr. Peirce: It is an insured service. They obtain funding for those clients at-risk. One of the reasons they are at risk is because they may not be able to afford it. If they have ill-fitting dentures because of aging, they cannot afford a new set. They have identified funds so that these services can be provided.

Senator Chaput: Who are "they" who have identified funds: the region, the province, the association?

Le sénateur Chaput : Vous envisagez cela dans le cadre d'une quelconque politique nationale, d'une politique élaborée à l'échelle nationale?

M. Ventresca : Je ne connais pas bien les mécanismes fédéraux qui permettent cette prestation, mais il s'agit de jouer le rôle nécessaire, et ça pourrait être une politique assortie de financement pour permettre ce processus. Une initiative du gouvernement fédéral visant à faire en sorte que ce processus devienne réalité serait un pas dans la bonne direction.

Ainsi, lorsque nous jetons un coup d'œil sur ce qui se fait dans le cadre du programme des Gatekeepers, lorsque nous examinons ce qui se fait au centre Adams, nous constatons que l'information est transmise non seulement aux gens qui l'utilisent à un moment donné, mais aussi à d'autres intervenants. On donne à d'autres gens des conseils, et on leur fait part des secrets de la réussite, on leur explique les choses qui ont fonctionné, et on peut espérer que ces gens vont se servir de cette information pour faire la même chose dans leur région.

Le sénateur Chaput : M. Peirce, vous avez parlé de la télémédecine. C'était en réponse à une question de mon collègue.

Pour ce qui est des programmes de soins dentaires pour les aînés, vous avez dit qu'il y en a un dans la région, n'est-ce pas? Pouvez-vous nous dire ce qu'on a fait dans le cadre de ce programme?

M. Peirce : Il y a un programme dans le comté de Halton, autour de Burlington, qui se trouve à l'extrémité nord-ouest de notre région. Il s'agit du programme intitulé Halton Oral Health Outreach. Le programme vise à offrir des soins dentaires aux aînés ou aux adultes qui ont certains handicaps et qui n'arriveraient pas, sans programme, à accéder à des soins dentaires.

Il y a tellement d'aspects de la santé qui font que, si vous avez mal aux pieds, votre mobilité s'en trouve réduite, et si vous avez mal aux dents, peut-être cela vous empêche-t-il de bien vous nourrir. Le programme a pour but d'offrir des soins dentaires adéquats à des populations vulnérables ou à risque.

C'est un programme qu'ont récompensé l'Association dentaire canadienne et l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario. Le programme est lié au Centre d'accès aux soins communautaire, qui se charge de choisir les aînés qui sont admissibles au programme et qui en ont besoin, et c'est aussi le centre qui fait l'aiguillage.

Le sénateur Chaput : S'agit-il d'un programme à frais partagés? Qui paie ce service, au départ?

M. Peirce : C'est un service assuré. On obtient du financement pour les clients à risque. Une des raisons pour lesquelles ils présentent un risque, c'est parce qu'ils n'ont peut-être pas les moyens de s'offrir de tels services. Si leur prothèse s'adapte mal au fil du temps, ils ne peuvent pas se payer un nouvel appareil. On a réservé des fonds pour offrir ces services.

Le sénateur Chaput : Qui est ce « on » qui a réservé des fonds : la région, la province ou l'association?

Mr. Peirce: It is an entity onto itself that is volunteer-driven, and it goes after the various funding sources.

Senator Chaput: How do they identify those who need the service?

Mr. Peirce: They promote it. As I said, in this region, we deal with one out of every two people over the age of 85 and one out of every four over the age of 75. One of the roles as case managers is in taking referral. When we deal with someone, we try to identify the broadest basket of services possible for those for which we have direct responsibility like in-home nursing or personal support therapies. We also have knowledge of nutrition programs, meal programs and other social and health services. We identify for these people where they should go, or we help them connect to those services so they have that broadest basket of services possible for their specific needs.

If somebody is diagnosed with Alzheimer's, we will refer them to the Alzheimer Society for their support programs and their spousal support program, again so that we let them know as many services as are out there, and try and promote them so they use them appropriately.

Senator Chaput: I had questions about senior abuse, but they have been answered. I want to tell you ladies to keep up the good work, because the issue is a critical one.

The Chair: That comment will bring to a conclusion this particular panel. I extend my heartiest thanks to all of you. You have contributed to our information base as we go forward, and I am sure you will see some of the ideas you have presented, if not all, reflected in our final report which, by the way, we hope to table on September 30.

Senators, we now have with us, from the Alzheimer Society of the Niagara Region, Marge Dempsey, the Acting Chief Executive Officer; from the Ontario Home Care Association we have Susan D. VanderBent, who is the Executive Director; from the Hamilton Council on Aging, we have Denise O'Connor, who is the Executive Director, and Carolyn Rosenthal, who is the Chair of the Board of Directors; and from the Community Support Services of Niagara, we have Wendy Walker, who is the Executive Director, Patricia Tooley, who is the Program Manager, and Pat Frank, who is Chair of the Board of Directors.

Welcome to all of you. Let me begin with the first group, which is the Alzheimer Society of the Niagara Region.

Marge Dempsey, Acting Chief Executive Officer, Alzheimer Society of Niagara Region: I am delighted to be here. Thank you so much for this opportunity.

M. Peirce : C'est une entité distincte dirigée par des bénévoles, et elle sollicite les différentes sources de financement.

Le sénateur Chaput : Comment joint-on les personnes qui ont besoin du service?

M. Peirce : On en fait la promotion. Comme je l'ai dit, dans notre région, nous fournissons des services à une personne sur deux âgées de plus de 85 ans et à une personne sur quatre âgées de plus de 75 ans. L'une des tâches des gestionnaires de cas touche l'aiguillage. Lorsque nous servons quelqu'un, nous tentons de définir, en fonction de ses besoins, le plus grand nombre de services possible parmi ceux dont nous avons la responsabilité directe, comme les soins à domicile ou les services de soutien personnels. Nous connaissons aussi des programmes de nutrition, des programmes qui touchent les repas et d'autres services sociaux ou sanitaires. Nous aiguillons les personnes vers les bons endroits ou nous les aidons à prendre contact avec les responsables de ces services afin qu'elles profitent du plus large panier de services possible en fonction de leurs besoins particuliers.

Si l'on diagnostique chez quelqu'un la maladie d'Alzheimer, nous aiguillerons la personne vers la Société Alzheimer afin qu'elle prenne connaissance des programmes de soutien et du programme d'appui pour le conjoint, toujours dans le but de faire connaître et de promouvoir tous les services disponibles pour qu'on les utilise correctement.

Le sénateur Chaput : J'avais des questions concernant le mauvais traitement des aînés, mais on y a répondu. Je tiens à vous encourager, mesdames, à continuer votre bon travail, parce que le problème est grave.

La présidente : Ce commentaire tiendra lieu de conclusion pour cette table ronde. Je vous remercie tous du fond du cœur. Vous avez enrichi notre base d'information et, à mesure que nous avancerons, je suis certaine que vous verrez certaines des idées que vous avez exposées, sinon toutes, reflétées dans notre rapport final que, soit dit en passant, nous espérons déposer le 30 septembre.

Chers sénateurs, nous accueillons maintenant, de la Société Alzheimer de la région du Niagara, Marge Dempsey, chef de la direction par intérim; de l'Ontario Home Care Association, nous accueillons Susan D. VanderBent, directrice générale; du Conseil sur le vieillissement de Hamilton, nous recevons Denise O'Connor, directrice générale, et Carolyn Rosenthal, présidente du conseil d'administration; enfin, des Services de soutien communautaires de Niagara, nous accueillons Wendy Walker, directrice générale, Patricia Tooley, gestionnaire de programme et Pat Frank, président du conseil d'administration.

Bienvenue à tous. Commençons par le premier groupe, qui représente la Société Alzheimer de la région du Niagara.

Marge Dempsey, chef de la direction par intérim, Société Alzheimer de la région de Niagara : Je suis ravie d'être ici. Merci beaucoup de nous avoir offert cette occasion.

I will focus on the dementia perspective because as an organization, we serve all people in the Niagara region who experiencing dementia of any kind and I think that, as a country, we need to recognize that Alzheimer's disease is not the only problem out there.

This population, as you are fully aware, is growing enormously and will continue to grow until we find cures.

My presentation is from the perspective of people with dementia, which we see as a huge issue at the moment; that is, people with dementia who are out in the community living alone.

As you are probably aware by this time, I was not able to hear the initial speakers this morning. Niagara has a high population of elderly, the highest in Canada now; 17.4 per cent of our population is over the age of 65, so we are now number one in Canada. We were partners with Victoria and have now exceeded them.

What we also know though is that 8 per cent of all those over the age of 65 have a dementing illness of some kind. In the Niagara region, that percentage translates to about 7,300 people currently.

What we also know in our community is that 29 per cent of our seniors live alone. That is all our seniors. We have a population in Niagara of about 14,500 people who live alone in the community who are over the age of 65. That percentage of seniors living alone also translates to our population. People with dementia in the community here, if we look at it percentage-wise, we have about 1,100 seniors with dementia living in their own homes, on their own, at any given time. That situation is not unique to our community. That is something we face across the country, where people in the community are living on their own and who are experiencing significant changes in their cognitive abilities and their ability to function on their own. Because of that situation, this issue becomes huge for us as a community at large.

Currently, in our own population, about 28 per cent of those we serve who are living alone have no local family, and about 18 per cent have no family whatsoever. These people have no caregivers. This issue is also huge, because who is there to assist them appropriately in meeting their own needs when they are no longer able to do that on their own?

The dilemma is, when we look at this population, that as their cognitive changes increase, they no longer recognize that they have any problems. Therein lies the big difficulty, because what they do then is they refuse services because they do not think they need anything and that refusal leaves them failing. People with dementia who are on their own, because they do not have anyone to direct or to cue them, have what we call excess disability. They are more disabled than they would be by virtue of the disease, the

Je vais surtout parler de la démence, car notre organisation sert toutes les personnes dans la région de Niagara qui sont aux prises avec une forme ou une autre forme de démence, et je crois que, à l'échelle du pays, il faut reconnaître que la maladie d'Alzheimer n'est pas le seul problème qui accable la population.

Les gens atteints de ces troubles, comme vous le savez très bien, sont de plus en plus nombreux, et ce chiffre continuera de croître tant que nous n'aurons pas trouvé de remède.

Mon exposé s'articule autour de la solution des personnes atteintes de démence — car nous estimons que cette question est très grave — plus particulièrement les gens atteints de démence vivant seuls dans la collectivité.

Comme vous l'avez probablement remarqué à l'heure qu'il est, je n'ai pas pu assister aux témoignages ce matin. La proportion d'ainés est élevée à Niagara : elle arrive au premier rang au Canada à l'heure actuelle; 17,4 p. 100 de notre population est âgée de plus de 65 ans, donc nous sommes les premiers au Canada. Nous étions à égalité avec Victoria, mais maintenant, nous l'avons dépassée.

Cependant, nous savons que 8 p. 100 des personnes âgées de plus de 65 ans souffrent d'une forme ou une autre de démence. Dans la région du Niagara, ce pourcentage équivaut actuellement à environ 7 300 personnes.

Ce que nous savons aussi, c'est que, dans notre collectivité, environ 29 p.100 des aînés vivent seuls. Je parle de tous les aînés. Au Niagara, nous avons une population d'environ 14 500 personnes qui vivent seules dans la collectivité et sont âgées de plus de 65 ans. Ce pourcentage d'ainés vivant seuls a également une incidence sur notre population. Parlons des personnes atteintes de démence dans notre collectivité : si nous abordons la question d'une perspective statistique, environ 1 100 aînés atteints de démence vivent seuls chez eux, à tout moment. Cette situation n'est pas propre à notre collectivité. C'est un problème auquel nous faisons face partout dans le pays, où des gens dans la collectivité vivent seuls et vivent des changements importants à l'égard de leurs habiletés cognitives et de leur autonomie. À cause de cette situation, le problème prend de l'ampleur pour l'ensemble de la collectivité.

Actuellement, dans notre population, environ 28 p. 100 de nos bénéficiaires vivent seuls et n'ont pas de famille à proximité, et environ 18 p. 100 n'ont pas de famille du tout. Ces personnes ne disposent pas d'aidants naturels. C'est aussi un problème de taille : qui sera là pour les aider à satisfaire leurs besoins si elles ne sont plus en mesure de le faire seules?

Le cercle vicieux, chez ces personnes-là, c'est que, à mesure qu'apparaissent les changements d'ordre cognitif, elles cessent de reconnaître l'existence des problèmes. C'est là que réside la grande difficulté, car ce qui arrive à ce moment-là, c'est que la personne refuse les services parce qu'elle ne croit pas avoir besoin de quoi que ce soit, et ce refus ne fait qu'aggraver sa situation. Les personnes atteintes de démence vivant seules, faute d'avoir quelqu'un pour les orienter ou les conseiller, atteignent un degré

damage of the disease, in and of itself. They are more impaired because they have nobody to support them, direct them or cue them.

This situation leads to people who are unable to meet their own needs in terms of remembering to take their medication, remembering or even knowing how to prepare their own meals, when they are at risk and those sorts of things. This lack of support leads to early admission to long-term care.

These populations need care way beyond what ordinarily would be the case if they had community supports, and if they had family members who lived with them and were able to support them effectively.

Our goal, as an organization, is to have this issue recognized. I think that it is not only our population who is cognitively impaired. While dementia is certainly an issue, people over 65 who live alone in the community have problems in and of themselves. It is an issue that we need to deal with as a community, as a nation, to ensure that this population will be adequately served and adequately resourced.

For persons with cognitive impairment who do not recognize their own risk and their own needs, we need to find innovative ways to assist them. The difficulty lies in the fact that we have a system that operates on certain mandates. If they refuse services then they will not receive services, whether they require them, because people have the right to risk.

We have to find ways to overcome the dilemmas that arise because they do not understand their own issues. We must be more innovative in how we try to serve them appropriately to keep them in their homes, which is what they want anyway because the next problem arises when we try to move them into care because they are at risk and they refuse to go. That is the worst-case scenario.

You heard about the Gatekeepers program earlier. One thing that happens is that these people are identified in the community as being at risk, often by the bank teller, the gas company or whomever, and the people who identify them want them to be assisted. Then our hands are tied because they refuse to go and obtain the help they need. They are still there, and people say, why do you not do something; you have to do something. We recognize that, but the process is a difficult one.

Ultimately, as I bring this issue to your attention, I hope that we can start to look at it, not only at the community level, but at the federal level, the national level, and the provincial level, in recognizing that we need to find ways to serve them appropriately. We need to ensure that individuals who want to

supérieur d'incapacité. Leur état est plus grave qu'il ne le serait s'il tenait uniquement à la maladie et à ses ravages. Leur invalidité est accrue, car personne n'est là pour offrir de l'aide, une orientation ou des conseils.

Cette situation fait en sorte que les gens ne sont plus capables de combler leurs propres besoins — comme se souvenir de prendre un médicament ou de préparer les repas, ou même savoir comment — lorsqu'ils sont dans une situation à risque, entre autres. Ce manque de soutien mène à l'admission précoce de ces gens dans les établissements de soins de longue durée.

Ces gens nécessitent ainsi beaucoup plus de soins que s'ils jouissaient d'un soutien dans la collectivité et si des membres de leur famille vivaient avec eux et pouvaient les aider de façon efficace.

Notre organisme a pour but de sensibiliser la population à cette question. Je ne crois pas que les troubles cognitifs soient l'apanage des gens que nous servons. La démence est certainement un problème, mais les gens âgés de plus de 65 ans qui vivent seuls dans la collectivité sont aux prises avec toutes sortes de difficultés. Nous devons aborder cette question en tant que collectivité, en tant que nation, pour nous assurer que ces gens auront accès à des ressources et à des services adéquats.

Pour les personnes qui souffrent d'un trouble cognitif et ne comprennent pas leurs risques ni leurs besoins, il faut trouver des mesures de soutien novatrices. La difficulté tient au fait que notre système fonctionne selon certains mandats. Si une personne refuse un service, on n'insiste pas, même si elle en a besoin, parce que tout le monde a droit au risque.

Il faut trouver des façons d'échapper au cercle vicieux qui s'installe chez la personne qui ne comprend pas sa propre situation. Nous devons mettre au point des façons novatrices d'offrir des services appropriés qui permettront à la personne de demeurer à domicile, et c'est ça qu'elle veut de toute façon, car le prochain problème survient lorsque l'on tente de la placer, parce qu'elle est à risque, et que la personne refuse de partir. C'est le pire des cas.

Vous avez entendu parler du programme des Gatekeepers plus tôt. Dans le cadre de ce programme, les personnes en question sont reconnues par des membres de la collectivité — bien souvent le caissier de la banque, l'employé de la société gazière ou n'importe qui — comme des personnes à risque, et ceux qui les repèrent veulent qu'on les aide. Mais ensuite, nous avons les mains liées lorsque la personne refuse d'obtenir l'aide dont elle a besoin. Sa situation reste la même, et les gens disent : « Pourquoi ne faites-vous pas quelque chose? Vous devez faire quelque chose. » Nous reconnaissons cela, mais le processus est difficile.

Enfin, comme j'attire votre attention sur ce problème, j'espère que nous pouvons commencer à nous y attaquer, non seulement à l'échelon communautaire, mais à l'échelon fédéral et à l'échelon provincial partout au pays; reconnaissons qu'il importe de trouver des moyens appropriés d'offrir des services à ces personnes. Il

remain independent, as they all do, are given the best opportunities to do that in the most effective ways to support them. To do that with this population, we have to be innovative.

The Chair: Before I move to the next presentation, I want to review some of the stats that you gave us. When you said that 29 per cent of seniors live alone, is that of all seniors?

Ms. Dempsey: That is all seniors in Niagara. Our current status is that 29 per cent of Niagara's seniors live alone.

The Chair: Twenty-eight per cent of all Niagara seniors have no local family?

Ms. Dempsey: That is our client population.

The Chair: I wanted to make sure. Thank you very much.

Susan VanderBent, Executive Director, Ontario Home Care Association: Good morning. Thank you for inviting us to come and present before you.

The Ontario Home Care Association, OHCA, is an organization of home health and social care service providers. Association members deliver nursing care, home support services, personal care, physiotherapy, occupational therapy, social work, dietetics, speech language therapy and medical equipment and supplies in the home.

Ontario Home Care Association members are contracted by all three levels of government, the Community Care Access Centres in Ontario, insurance companies, institutions, corporations and private individuals. OHCA members are accredited through the Canadian Council on Health Services Accreditation or the International Organization for Standardization, ISO.

The OHCA endorses the principles of the Canada Health Act and the Canadian health care system, which delivers a range of essential care services available to all residents in Canada on the basis of need, not ability to pay.

Home care is not part of the Canada Health Act, as I am sure you all know. Accordingly, policies, services and definitions vary between provinces and territories in Canada.

In Ontario, our publicly funded home care system falls under the jurisdiction of the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, which provides stewardship of our health care system in Ontario. Local health services are planned and funded by our Local Health Integration Networks.

Accountable to the LHINs are the CCACs, which provide access to the government-funded home care and community services and long-term care homes. That is our Ontario system, which I am sure you know.

faut veiller à ce que les personnes qui veulent conserver leur indépendance, c'est-à-dire tout le monde, se voient offrir les meilleurs outils pour le faire, de façon à s'assurer un soutien optimal. Pour atteindre un tel résultat avec ces personnes, il faut innover.

La présidente : Avant que nous passions au prochain exposé, je veux revenir sur certaines des statistiques que vous nous avez fournies. Lorsque vous avez déclaré que 29 p. 100 des aînés vivent seuls, parliez-vous de tous les aînés?

Mme Dempsey : Tous les aînés au Niagara. Nos statistiques actuelles révèlent que 29 p. 100 des aînés du Niagara vivent seuls.

La présidente : Vingt-huit pour cent de tous les aînés du Niagara n'ont pas de famille à proximité?

Mme Dempsey : C'est notre clientèle.

La présidente : Je voulais en avoir le cœur net. Merci beaucoup.

Susan VanderBent, directrice générale, Ontario Home Care Association : Bonjour. Merci beaucoup de nous avoir invités à venir témoigner devant vous.

L'Ontario Home Care Association, l'OHCA, est un organisme de soins à domicile et de fournisseurs de services sociaux. Les membres de l'association offrent des soins infirmiers, des services de soutien à domicile, des soins personnels, des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, des services de travail social, de diététique et d'orthophonie, en plus de veiller à ce que de l'équipement et des fournitures médicales soient en place à la maison.

Les services des membres de l'Ontario Home Care Association sont retenus, en vertu d'un contrat, par les trois ordres de gouvernement, les centres d'accès aux soins communautaires en Ontario, les compagnies d'assurance, les établissements, les sociétés et les particuliers. Les membres de l'OHCA sont accrédités par le Conseil canadien d'agrément des services de santé ou par l'Organisation internationale de normalisation, ISO.

L'OHCA adhère aux principes de la Loi canadienne sur la santé et du système de soins de santé canadien, qui offre un éventail de services de soins essentiels à tous les citoyens du Canada en fonction de leurs besoins, et non de leur capacité à payer.

Les soins à domicile ne sont pas prévus dans la Loi canadienne sur la santé, comme vous le savez tous, j'en suis sûre. Par conséquent, les politiques, les services et les définitions varient selon les provinces ou le territoire.

En Ontario, notre système de soins à domicile financé par les deniers publics relève du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, qui administre le système de soins de santé ontarien. Les services de santé locaux sont planifiés et financés par les réseaux locaux d'intégration des services de santé, ou RLIS.

Les CASC, qui relèvent des RLIS, offrent l'accès aux services de soins à domicile et aux foyers de soins de longue durée financés par les deniers publics. Voilà notre système en Ontario, je suis sûre que vous le connaissez.

Eligibility for publicly funded home care is determined through the CCACs, and care is delivered by service provider agencies that have been chosen through a process of competition. Service providers in Ontario can be privately owned or not-for-profit organizations.

As is the case elsewhere in Canada, OHCA estimates that the majority of home care is still given to loved ones by their families and other concerned unpaid caregivers.

I will provide some stats about the Ontario system that may be of interest to you. In 2005-06, 649,244 clients received home care services funded by CCACs. That is an awful lot of people. On any given day, approximately 185,000 Ontarians receive services through CCACs. In 2005-06, 25,766,724 visits and hours of care were delivered in Ontario; 67 per cent of that care was for personal support and homemaking, so the bulk of the care is personal support and homemaking. Nursing care, such as wound management or infusion therapy, represents approximately 27 per cent of the care. Therapies such as occupational therapy, physiotherapy and dietetics, represent about 6 per cent of the care that is given. The elderly, those over 65, represented 58.5 per cent of admissions in 2005-06. Finally, 88 per cent of Ontarians surveyed in a Polara poll in 2006 indicate a preference for home care for themselves and the wish to live independently in their own home.

I will make some general comments about our aging society and then go directly to the options that we felt able to comment on.

Ontario's growing active senior population, we believe, is a testament to our progressive health care system and to our success as a society. We see this growth of our seniors as a good thing.

Our seniors play an invaluable role in our society and they contribute to the social fabric of communities.

One of the greatest health care priorities facing us right now is the need to respond to changing societal norms regarding seniors' expectations to live and age independently at home. How can we achieve that expectation?

While seniors of the future are predicted to be the healthiest in history, it is also known that the likelihood of developing chronic disease increases with age and can compromise independence. Therefore, we believe a strong home-care system is necessary to support seniors.

Most, if not all, people wish to remain independent during their older years. However, growing numbers of community-dwelling seniors are at risk for loss of independence, as Ms. Dempsey has told us, because they need more help than is currently available in the health care system to age at home. A clearly identifiable trigger point for imminent loss of

L'admissibilité aux soins à domicile financés par l'État est déterminée par les responsables des CASC, et les soins sont dispensés par des organismes fournisseurs de services qui ont été sélectionnés dans le cadre d'un concours. Les fournisseurs de services ontariens peuvent être des entreprises privées ou des organismes sans but lucratif.

Comme c'est le cas ailleurs au Canada, l'OHCA estime que la majeure partie des soins à domicile est toujours offerte à des êtres chers par des membres de la famille et d'autres aidants pleins de sollicitude qui ne sont pas rémunérés.

Je vais vous transmettre quelques chiffres au sujet du système ontarien qui pourraient vous intéresser. En 2005-2006, 649 244 clients ont profité des services de soins à domicile financés par les CASC. C'est beaucoup de monde. Chaque jour, environ 185 000 Ontariens reçoivent des services par l'entremise des CASC. En 2005-2006, 25 766 724 visites — des heures de soins — ont été effectuées en Ontario; 67 p. 100 de ces soins touchaient le soutien personnel et l'entretien ménager, alors la majeure partie des soins est liée au soutien personnel et à l'entretien ménager. Les soins infirmiers, comme la gestion des doses ou le traitement par perfusion, représentent environ 27 p. 100 des soins. Les traitements comme l'ergothérapie, la physiothérapie et la diététique équivalent à environ 6 p. 100 des soins prodigués. Les personnes âgées, qui sont âgées de plus de 65 ans, représentent 58,5 p. 100 des admissions en 2005-2006. Enfin, 88 p. 100 des Ontariens interrogés dans le cadre d'un sondage Polara effectué en 2006 signalent qu'ils préféreraient des soins à domicile et qu'ils souhaitent mener une vie autonome, chez eux.

J'ai quelques commentaires à formuler au sujet de notre société vieillissante, puis je passerai directement aux options sur lesquelles nous nous sentions en mesure de nous prononcer.

Le nombre croissant d'âînés actifs en Ontario, selon nous, témoigne du succès de notre système de soins de santé progressiste et de notre réussite en tant que société. Nous percevons cette croissance comme un élément positif.

Les âînés jouent un rôle précieux dans notre société, et ils contribuent à la solidité du tissu social des collectivités.

L'une des grandes priorités en matière de soins de santé auxquelles nous faisons face actuellement est le besoin de réagir à l'évolution des normes sociales : en effet, les âînés s'attendent désormais à pouvoir vivre et vieillir de façon autonome, à domicile. Comment peut-on combler cette attente?

On prévoit que les âînés de l'avenir seront en meilleure santé que quiconque auparavant, mais on sait aussi que la probabilité de contracter une maladie chronique augmente avec l'âge, et que cela risque de mettre en péril l'autonomie. Ainsi, nous croyons à la nécessité d'un système de soins à domicile robuste pour soutenir les âînés.

La plupart des gens, voire tous, souhaitent conserver leur autonomie pendant leurs vieux jours. Toutefois, un nombre croissant de personnes âgées vivant dans la collectivité risque de perdre leur autonomie, comme nous l'a révélé Mme Dempsey, car l'aide dont elles ont besoin pour vieillir chez elles dépasse la capacité actuelle du système de soins de santé. Voici un indice

independence is when a family decides, often for safety reasons, that a person must look at application for a long-term care facility.

This activity is often initiated by individuals who are on the fringe. I think Ms. Dempsey described that situation well. They are on the fringe. They need a little more help than is currently necessary or offered within the community system. They do not require the full scope of facility services, but they are on that fringe. It is at that point where we believe enhanced and focused services delivered in the home would make a major difference in the quality of life for the senior person and for their loved ones.

I will turn now to our recommendations and then finish up. We wanted to make comments on options 60 through to 69.

Our conclusion is that we are fortunate to live in a prosperous country where citizens can enjoy a high quality of life as they age. We recognize there are a number of opportunities to create an environment where seniors can live at home for as long as possible. To create that environment, there needs to be a willingness to change existing practices, and we need rigorous evaluation of new programs that are designed to keep people in the home.

In response to the Special Senate Committee on Aging Second Interim Report, OHCA provides recommendation on the home care section. Here are our summarized recommendations.

We believe that a national home care program is something that potentially can reduce or restrain the basket of services currently offered in existing provincial home care programs. Therefore, we, as well as the Canadian Home Care Association, are not in favour of a national home care program.

We began discussions about a national program after the Romanow report, and looked at the Health Transition Fund. We found such a variation between provinces in their home care programs that, in particular, Ontario's program, which is good compared to others, would have had to have been reduced to create a national program. This reduction would be difficult for Ontario and some of the discussions then were halted as a result.

To look at something like that, we need to take into account that existing services and programs are in place, and maybe those services and programs would have to be the bar that we start from.

I give you that recommendation and the rationale behind it.

We recommend that home care be expanded to be more actively engaged in activities that address prevention and proactive management of people diagnosed with chronic

clair de la perte imminente de l'autonomie d'une personne : lorsqu'une famille décide, souvent pour des raisons de sécurité, que cette personne doit songer à faire une demande d'admission dans un établissement de soins à long terme.

Cette démarche est souvent amorcée par des personnes dont la situation est très précaire. Je crois que Mme Dempsey a bien décrit cette situation. Ces personnes sont à la limite. Elles ont besoin d'un peu plus d'aide que ce qui est actuellement offert ou prévu par le système communautaire. Elles n'ont pas besoin de l'ensemble des services d'un établissement, mais elles ont atteint le seuil critique. Dans des cas pareils, nous croyons que des services à domicile améliorés et axés sur les besoins contribueraient considérablement à la qualité de vie des personnes âgées et des êtres qui leur sont chers.

Je vais maintenant aborder nos recommandations, puis je conclurai. Nous avons quelques commentaires à faire au sujet des options 60 à 69.

Somme toute, nous sommes chanceux de vivre dans un pays prospère où les citoyens du troisième âge peuvent profiter d'un niveau de vie élevé. Nous savons qu'il existe un certain nombre de possibilités de créer un environnement où les aînés peuvent vivre chez eux aussi longtemps que possible. Pour créer cet environnement, il faut être prêt à changer les pratiques en place, et il faut entreprendre une évaluation rigoureuse des nouveaux programmes conçus pour que les gens puissent rester chez eux.

En réponse au deuxième rapport intérimaire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, l'OHCA fournit des recommandations sur la section qui traite des soins à domicile. Voici le sommaire de nos recommandations.

Nous croyons qu'un programme national de soins à domicile est une mesure qui pourrait réduire ou limiter la gamme de services qu'offrent actuellement les programmes provinciaux de soins à domicile. Par conséquent, à l'instar de l'Association canadienne de soins et services à domicile, nous ne sommes pas en faveur d'un programme national de soins à domicile.

Nous avons entamé des discussions au sujet d'un programme national après le rapport Romanow, et nous avons examiné le Fonds pour l'adaptation des services de santé. Nous avons observé un tel écart entre les provinces au chapitre des programmes de soins à domicile, que le programme ontarien notamment, qui fait bonne figure comparativement aux autres, aurait dû être réduit si on avait créé un programme national. Cette régression serait difficile pour l'Ontario, et c'est pourquoi on a coupé court à certaines discussions.

En songeant à un pareil projet, nous devons tenir compte des services et des programmes déjà en place, et ceux-ci devraient peut-être constituer notre point de départ.

Je vous transmets cette recommandation et sa justification.

Nous recommandons d'élargir les services de soins à domicile et de les intégrer davantage aux activités liées à la prévention et à la prise en charge proactive des gens chez qui l'on a diagnostiqué

diseases. We need to go upstream. We need to start addressing some of the issues that people have early in diagnosis of a chronic illness.

The health-care system of the 21st century will be to look after people with a chronic illness during the trajectory of that illness. We are far beyond episodic care nowadays.

We believe that a tax exempt savings plan or registered chronic care savings plan be adopted so that basic services to support activities of daily living can be purchased by families. We need to start helping people think about planning for their older years because we are keeping people healthier and longer in their home, and we are grateful for that situation. As a result, they live longer and they have more challenges.

We believe a national respite program framework should be established so that there is consistency to approach across the country but still opportunity for local flexibility as required by individual provincial and territorial contexts.

We recommend the federal government develop incentives for employers to create employment practices that are supportive of family caregivers. The formal home-care program does not provide the majority of care. Loved ones do that job, and we believe they always will.

We believe a forum should be created to enable more sharing of integration practices across the country. I have brought papers for the Special Senate Committee on Aging that were written about integration practices, and some key quality processes that every organization and every system of health care should look at as people transition through the entire continuum of care, from acute care through to home care, within the home care system and perhaps even into long-term care.

These key quality processes can help us establish benchmarks.

We believe that the mandate and funding for home care in Ontario needs to be expanded to achieve better integration with our system partners.

We believe that financial support, including Canada Pension Plan dropout provisions for family caregivers, be studied further, with an aim to ensuring appropriate and meaningful financial support for family caregivers.

Carolyn Rosenthal, Chair, Board of Directors, Hamilton Council on Aging: The Hamilton Council on Aging is a new organization that seeks to educate and advocate for improved aging experiences for older adults through a collaborative network of individuals and organizations.

des maladies chroniques. Il faut intervenir en amont. Nous devons commencer à aborder certains des problèmes dès le moment où la maladie chronique est diagnostiquée.

Le système de soins de santé du XXI^e siècle consistera à soigner des gens qui ont une maladie chronique pendant l'évolution de cette maladie. Nous avons maintenant dépassé le cadre du traitement ponctuel.

Nous croyons qu'il faut créer un régime d'épargne exonéré d'impôt ou un régime enregistré d'épargne pour les soins de longue durée, afin que les familles puissent se procurer les services essentiels visant à soutenir les activités de la vie quotidienne. Nous devons commencer à aider les gens à planifier leurs vieux jours de façon à les aider à rester plus longtemps en meilleure santé chez eux, et nous nous réjouissons de cette situation. Par conséquent, les aînés vivent plus longtemps et relèvent plus de défis.

Nous croyons qu'il faut établir un cadre national pour les programmes de soins de relève afin d'uniformiser l'approche d'un océan à l'autre tout en offrant une souplesse aux localités, en fonction du contexte provincial ou territorial.

Nous recommandons au gouvernement fédéral de mettre sur pied des incitatifs pour que les employeurs adoptent des pratiques liées à l'emploi qui appuient les aidants naturels. Le programme officiel de soins à domicile n'est pas le principal pourvoyeur des soins. Les êtres chers jouent ce rôle, et nous croyons qu'il en sera toujours ainsi.

Selon nous, il faudrait créer une tribune pour permettant un meilleur échange des pratiques d'intégration partout dans le pays. J'ai apporté, à l'intention du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, des documents qui portent sur les pratiques d'intégration et sur certains processus essentiels visant la qualité que chaque organisme et chaque système de soins de santé devraient envisager, à mesure que les gens cheminent dans le continuum des soins de santé et qu'ils passent des soins actifs aux soins à domicile, passent au système de soins à domicile et peut-être même aux soins de longue durée.

Ces processus essentiels visant la qualité peuvent nous aider à établir des repères.

Nous croyons qu'il faut donner plus d'ampleur au mandat et au financement relatifs aux soins à domicile en Ontario afin d'assurer une meilleure intégration des partenaires du système.

Nous croyons que le soutien financier, y compris les dispositions d'exclusion pour les aidants naturels du Régime de pensions du Canada, doit être examiné en profondeur dans le but d'assurer une aide financière appropriée et significative aux aidants naturels.

Carolyn Rosenthal, présidente, conseil d'administration, Hamilton Council on Aging : Le Hamilton Council on Aging est un nouvel organisme qui a pour objectif de faire de l'éducation et de promouvoir de meilleures conditions de vieillissement pour les aînés grâce à un réseau de personnes et d'organisations.

We share both your vision of an inclusive Canada where seniors are engaged, active and healthy, and the values that you have identified as crucial to achieving this vision. In this spirit, we have three main points to make in response to your report. I will start by summarizing them and then elaborate.

First, we appreciate the comprehensiveness of your report and the excellent options your committee has generated. We strongly encourage you to adopt the World Health Organization Age-Friendly Cities model as a policy framework that supports and enables healthy, active aging.

Second, we recommend that transportation be given greater emphasis in your report.

Third, we want to share some of our experiences in working to address two of the key issues for older people in Hamilton, poverty reduction and social inclusion among seniors from some of the newer immigrant communities, and recommend that your report devote more attention to older immigrants and cultural diversity.

Let me begin with Age-Friendly Cities.

We fully share your enthusiasm for the WHO model of Age-Friendly Cities. We would be thrilled to see the Senate of Canada champion the Age-Friendly Cities cause. We think the model is an excellent one for maximizing the potential for healthy, active aging, positive aging, for individuals, and a good model for preparing our communities to support the large populations of older adults that we will experience in the coming years.

However, it will take a lot of support to help cities implement this model, and having the Senate as a national champion will help ensure that we move forward in making our cities age friendly.

The Hamilton Council on Aging has been excited about the Age-Friendly Cities model for some time. We are currently awaiting a decision on a grant application for funding that would enable us to move this vision forward in our city.

If we are funded, we will be the first large city in Canada to try to implement this model.

The Hamilton Council on Aging sees itself as serving as a catalyst by engaging a broad range of community partners in this initiative, and that is the way we have worked to date.

In developing our proposal, we were greatly encouraged by the excitement and support we found in our community. Among the various groups and organizations we met with, all felt strongly that our community is right for this initiative.

Nous partageons votre vision d'un Canada inclusif où les aînés sont présents, actifs et en santé et où les valeurs que vous avez identifiées comme étant essentielles sont présentes. C'est dans cet esprit que nous vous présentons, en trois parties, notre réponse au rapport. Je vais commencer par en faire un sommaire, puis j'approfondirai.

Premièrement, nous apprécions l'exhaustivité de votre rapport et les excellentes options proposées par le comité. Nous vous encourageons vivement à adopter un cadre stratégique qui s'inspire du modèle des villes-amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé afin d'encourager et de permettre le vieillissement actif et en santé des aînés.

Deuxièmement, nous vous recommandons d'accorder plus d'importance aux transports dans votre rapport.

Troisièmement, nous aimerions partager avec vous certaines de nos expériences concernant deux questions clés pour les aînés de Hamilton : la réduction de la pauvreté et l'inclusion sociale au sein des nouvelles communautés d'immigrants. Nous recommandons de traiter davantage des immigrants aînés et de la diversité ethnoculturelle.

Je parlerai tout d'abord des villes-amies des aînés.

Nous partageons pleinement votre enthousiasme au sujet du modèle des villes-amies des aînés de l'OMS. Nous aimerions que le Sénat du Canada devienne un champion en la matière. À notre avis, il s'agit d'un excellent modèle qui permet de maximiser la possibilité de vieillir en santé et de demeurer actif dans un environnement positif et de préparer nos collectivités à aider les aînés, segment de la population qui prend de l'importance au cours des prochaines années.

Cependant, il faudra beaucoup d'appui pour y arriver. Si le Sénat devient le champion national de cette initiative, il pourra faire avancer la cause des centres urbains adaptés aux aînés.

Le Hamilton Council on Aging s'intéresse aux villes-amies des aînés depuis un certain temps. Nous attendons la réponse à une demande de subvention que nous avons présenté à la Fondation Trillium pour obtenir le financement nécessaire pour faire avancer ce projet dans notre ville.

Le financement nous permettrait d'appliquer le modèle à la ville de Hamilton, ce qui ferait de nous la première grande ville du Canada à le faire.

Le Hamilton Council on Aging se perçoit comme un catalyseur, car il collabore avec toute une gamme de partenaires dans le cadre de cette initiative, et c'est ainsi que nous avons travaillé jusqu'à maintenant.

Quand nous avons mis au point cette proposition, nous étions très encouragés par l'appui et l'enthousiasme des différents groupes et organismes dans notre collectivité. Parmi les différents groupes et organismes que nous avons rencontrés, tous sont d'avis que notre collectivité est prête pour mettre en œuvre cette initiative.

We know people are excited about this model and about the potential to implement it in Hamilton. We know too, from our participation in a meeting a week or two ago in Toronto, that the provinces are onboard for this. What we need is support in implementing this model.

It is not only money that is needed, although money is required, at least initially, but we need to mobilize the will of people in our community so that we can change the way we do things and create environments that support positive, healthy aging. We must do things differently.

Turning to transportation, one aspect of Age-Friendly Cities that we felt could be given more prominence in your report is transportation. It is a key issue for seniors in Hamilton, as elsewhere, especially people on low incomes. Transportation is closely tied to access to health services, social inclusion and active aging. Specific issues vary from one community to another, and among urban, suburban and rural areas.

We need a policy framework and funding for local creative solutions, and we can anticipate that access to transportation will continue to grow in importance as the price of gas rises, as seniors must give up their cars and as our suburban population ages.

We recommend two things.

First, we urge the federal government to assist municipalities in expanding public transit and to dedicate funding for upgrades to ensure that transportation is wheelchair accessible.

Second, we urge the federal government to adopt a basic tax credit of up to \$2,000 for transportation that could reimburse 75 per cent of receipted transportation costs, both for seniors over 75 and for anyone with documented disabilities. This tax credit would help seniors and the disabled achieve participation and independence by removing the barriers caused by inadequate access to transportation to programs or even to medical appointments.

Third, I will talk a bit about two projects that our council is currently engaged in that are helping us move towards the Age-Friendly Cities vision, and that address two particular problems among our older population.

The first project seeks to reduce poverty among Hamilton's older adults by finding individuals who are eligible for benefits such as the Guaranteed Income Supplement, GIS, and who are not currently accessing them. I note that Hamilton has a higher percentage of older adults living in poverty than the national average. We take a neighbourhood-based approach, working with community agencies to locate these people, and we have trained a team of volunteers to help them fill out the necessary forms. We estimate there are about 4,000 older adults in Hamilton who are not accessing benefits, such as GIS, for which they are eligible.

Nous savons que les gens sont enthousiasmés par le modèle des villes-amies des aînés et la perspective de l'appliquer à Hamilton. De plus, les provinces nous ont fait part de leur appui lors d'une rencontre que nous avons eue il y a une ou deux semaines à Toronto. Il nous reste à obtenir de l'aide pour mettre en branle l'initiative.

Cependant, nous n'avons non pas seulement besoin de financement, même si c'est nécessaire au départ, bien sûr, mais nous devons aussi mobiliser notre population afin qu'elle change sa façon de faire et crée un environnement propice pour bien vieillir et rester en santé. Il faut faire les choses différemment.

En ce qui concerne le transport, il s'agit, à notre avis, de l'un des aspects des villes-amies des aînés qui devrait être abordé plus en profondeur dans le rapport. Il s'agit d'une question importante pour les aînés vivant à Hamilton et ailleurs, surtout ceux qui ont un faible revenu. L'accès aux services de santé, l'inclusion sociale et le vieillissement actif dépendent largement de la disponibilité des transports. La nature des problèmes de transport varie selon la collectivité et la région — urbaine, de banlieue ou rurale.

Il nous faut un cadre stratégique et des fonds pour mettre en œuvre des solutions créatives à l'échelle locale. Nous prévoyons que l'accès aux transports deviendra une question de plus en plus importante en raison de la flambée du prix de l'essence et du nombre de personnes âgées qui devront se départir de leur voiture — sans compter le vieillissement de la population de la banlieue.

Nous vous présentons deux recommandations à ce sujet.

Premièrement, nous pressons le gouvernement fédéral d'aider les municipalités à améliorer leurs services de transport en commun et l'accessibilité pour les personnes en fauteuil roulant.

Deuxièmement, nous aimerions que le gouvernement fédéral offre aux aînés de 75 ans et plus et aux personnes ayant un handicap attesté par un médecin un crédit d'impôt de base pour le transport qui pourrait atteindre 2 000 \$ et qui pourrait rembourser 75 p. 100 des coûts liés au transport, sur présentation de reçus. Ce crédit d'impôt permettrait aux personnes admissibles de prendre part à la société et de rester indépendantes, grâce à un meilleur accès aux transports. Elles pourraient ainsi se rendre facilement à des activités ou chez le médecin.

Troisièmement, je parlerai de deux initiatives auxquelles travaille actuellement notre conseil qui nous aideront à nous rapprocher du modèle des villes-amies des aînés et qui sont axées sur deux problèmes propres aux personnes âgées de notre population.

La première initiative vise à réduire la pauvreté chez les aînés et consiste à trouver ceux qui sont admissibles à des prestations comme le Supplément de revenu garanti, mais qui n'en reçoivent pas. À Hamilton, la proportion d'aînés vivant dans la pauvreté est plus élevée que la moyenne nationale. Notre approche est axée sur les quartiers. Nous travaillons avec des organismes communautaires pour retrouver ces personnes, et des bénévoles formés peuvent les aider à remplir les formulaires nécessaires. Il y aurait à Hamilton environ 4 000 personnes âgées qui ne reçoivent pas les prestations auxquelles elles ont droit, comme le SRG.

We are pleased to see that the Senate committee advocates changes to policies on financial entitlements and to the federal-provincial fiscal framework. These changes recognize the additional costs the provinces will incur in dealing with aging populations.

A second project of ours is concerned with helping older adults from diverse ethnocultural communities access community services. We have reached out to Somali, Chinese, Punjabi and Sudanese communities, and will add others as this project progresses. We are nearing the end of year one and we have funding for another year.

We have recruited community agencies to partner with us in an effort to build on relationships with these communities and to link them to service agencies. The broader purpose of the program is to reduce individual social isolation and to promote social inclusion across cultures.

Ethnocultural diversity, particularly with respect to older immigrants, is a feature of most, if not all, of Canada's larger cities, and certainly of Hamilton. An Age-Friendly City approach must include recognition of this diversity and strategies for ensuring that members of diverse communities can experience a high quality of life in their later years. In that vein, we urge that your report give more emphasis to older immigrants and ethnocultural diversity.

To conclude, we applaud you on your report and again urge you to provide national leadership in the Age-Friendly Cities initiative. We feel that model provides a framework for achieving the broad goal of helping Canadians age well.

Wendy Walker, Executive Director, Community Support Services of Niagara: Thank you very much for the opportunity to respond to some of the issues that you have listed in your report.

Community Support Services of Niagara, CSSN, is a registered non-profit agency providing volunteer-based services to seniors and adults with disabilities. The mission of our agency is to support our clients so that they can live independently in their own home and in their community.

Our volunteer services include meal delivery, which is Meals on Wheels; social and congregate dining; and transportation — we have a volunteer transportation service. I endorse Ms. Rosenthal's remark that there needs to be more transportation services throughout, particularly, our area. We provide a visiting social and safety program. We also provide service arrangement and coordination of reasonably priced home maintenance and repair services, and we are starting a new home-making service this year.

We are partnered with the Community Care Access Centres to provide a home-to- stay initiative, where people receive transportation home from the hospital when family and friends are unavailable, and assistance in settling in their own home. We

Nous sommes heureux de constater que vous préconisez des changements dans les politiques relatives aux avantages financiers et dans le cadre budgétaire fédéral-provincial. Ces changements permettent de faire reconnaître les coûts supplémentaires que les provinces devront absorber pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Dans le cadre de la deuxième initiative, nous aidons les aînés de différentes origines ethnoculturelles à accéder aux services communautaires. Nous avons déjà frappé à la porte des communautés somalienne, chinoise, punjabie et soudanaise, et nous comptons en approcher d'autres. Nous arrivons à la fin de la première année, et nous avons obtenu du financement pour une autre année.

Nous avons recruté des organismes communautaires partenaires afin de nouer des liens avec ces communautés et de les mettre en contact avec ces organisations de prestation de services. L'objectif général de ce programme est de diminuer l'isolement social et de promouvoir l'inclusion sociale des différentes cultures.

La diversité ethnoculturelle, surtout en ce qui concerne les immigrants âgés, est caractéristique des grands centres urbains du Canada, dont Hamilton. En appliquant le modèle des villes-amies des aînés, il faut tenir compte de cette diversité et prévoir des stratégies pour que les gens de toutes les origines puissent bénéficier d'une bonne qualité de vie en vieillissant. Ainsi, nous souhaitons ardemment que le rapport accorde plus d'importance aux immigrants aînés et à la diversité ethnoculturelle.

En conclusion, nous vous félicitons pour votre rapport et vous encourageons à jouer un rôle de chef de file national dans l'initiative des villes-amies des aînés. Ce modèle permettra aux Canadiens de bien vieillir.

Wendy Walker, directrice générale, Services de soutien communautaire de Niagara : Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de me prononcer sur certains des enjeux que vous avez soulevés dans votre rapport.

Les Services de soutien communautaires de Niagara, organisme sans but lucratif enregistré, offrent des services bénévoles aux aînés et aux adultes handicapés. Notre organisme a pour mission d'offrir un soutien à ses clients afin qu'ils puissent mener une vie autonome chez eux dans leur collectivité.

Nos services bénévoles comprennent la livraison de repas, soit la popote roulante, des repas-rencontres et le transport — nous offrons un service de transport bénévole. J'appuie le commentaire de Mme Rosenthal : il faut accroître l'ampleur des services de transport, notamment dans notre région. Nous offrons des programmes de visite à domicile ainsi que des programmes sociaux et de sécurité. Nous offrons aussi la gestion des services et la coordination de services d'entretien et de réparation assez abordables, et nous lançons un nouveau service d'entretien ménager cette année.

De concert avec les centres d'accès aux soins communautaires, nous mettons en œuvre une initiative visant à permettre aux personnes de demeurer à leur domicile; dans le cadre de cette initiative, les personnes peuvent profiter d'un transport pour se

shop for groceries for those who have been in hospital for a period of time, and we drop off prescriptions, if that is something that the person needs. The CCAC, of course, arranges for the personal care or nursing care that the person requires to remain at home.

Volunteers are essential to the provision of our services. Our volunteer base has decreased gradually as our volunteers age, and some of them are even becoming clients, and few community members are stepping forward to take their place.

Agencies that rely on the services of volunteers to provide their services need to provide a worthwhile and meaningful experience for the volunteer to maintain their volunteer group.

In the volunteering sector, we have been advocating for tax credits for volunteerism for a while. We are pleased to see that it is option 1 of your report. A tax credit will recognize the valuable contribution of time made by our volunteers.

Volunteers on average donate between 50 and 100 hours of service annually. Volunteers provide services. They also sit on our boards of directors, our advisory councils and various committees, and they provide feedback from the community as to the kinds of services that are being provided and any gaps in services that are recognized.

Last year, hours of service by CSSN volunteers equalled 40,084 hours. This total represented a 10-per-cent increase over the previous year. Even though we have just under 500 volunteers throughout Niagara, and our volunteer numbers are decreasing slightly, our volunteers are volunteering more. They are stepping up to the plate and taking on more volunteer activities.

We have a database that accurately tracks any charitable donations and then we report these donations annually to the Canada Revenue Agency. The database also tracks individual volunteer hours of service. The total volunteer hours are reported to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. We also track student volunteer hours, which are reported to the school so that the students receive credit for their volunteer contribution.

Recognition in the form of a tax credit would be welcomed by volunteers. It would recognize in a tangible way their contribution of time, and may be an incentive to recruit new volunteers.

I often think it is easy to sit down and write out a donation cheque for \$100, and pass it on to the agency of choice, but there is no recognition of coming to the agency every week or biweekly and devoting two hours of time delivering meals, other than the internal recognition that we provide for our volunteers.

rendre chez elles de l'hôpital, lorsque les amis et la famille ne sont pas disponibles, et obtenir de l'aide pour s'établir dans leur domicile. Nous faisons le marché des personnes qui ont été hospitalisées pendant un bon moment, et nous allons chercher des médicaments à la pharmacie, si la personne en a besoin. Le CASC, bien sûr, prend les arrangements nécessaires pour que la personne reçoive les soins personnels ou infirmiers qui lui sont nécessaires pour demeurer chez elle.

Le bénévolat est essentiel à nos services. Notre banque de bénévoles rétrécit progressivement à mesure que ceux-ci vieillissent — certains deviennent même nos clients —, et peu de membres de la collectivité retroussent leurs manches pour prendre leur place.

Les organismes tributaires des bénévoles doivent offrir à ceux-ci une expérience significative et enrichissante s'ils souhaitent conserver leur banque de bénévoles.

Dans le secteur bénévole, on fait des pressions depuis un certain moment pour que le bénévolat soit compensé par des crédits d'impôt. Nous sommes heureux de constater que c'est l'option 1 de votre rapport. Un crédit d'impôt témoignerait de la reconnaissance du don précieux que font les bénévoles de leur temps.

Un bénévole offre en moyenne de 50 à 100 heures chaque année. Les bénévoles offrent des services. Ils siègent également à nos conseils d'administration, nos conseils consultatifs et nos différents comités, et ils transmettent la rétroaction de la collectivité sur les types de services offerts et les lacunes à l'égard des services.

L'année dernière, les Services de soutien communautaires de Niagara ont accumulé 40 084 heures de bénévolat. Ce chiffre révèle une augmentation de 10 p. 100 par rapport à l'année précédente. Même si l'ensemble de la région du Niagara compte un peu moins de 500 bénévoles, et que ce chiffre diminue légèrement, nos bénévoles donnent plus d'heures. Ils accomplissent davantage d'activités bénévoles.

Nous disposons d'une base de données qui enregistre de façon précise tout don de bienfaisance, puis nous transmettons l'information chaque année à l'Agence du revenu du Canada. La base de données enregistre également les heures données par chaque bénévole. Le total des heures de bénévolat est communiqué au ministère de la Santé et des Soins de longue durée en Ontario. Nous enregistrons également les heures de bénévolat des étudiants, qui sont transmises à l'école pour que la contribution bénévole de l'étudiant soit reconnue.

Une reconnaissance qui prendrait la forme d'un crédit d'impôt serait bien accueillie par les bénévoles. Ce serait une reconnaissance tangible du temps qu'ils contribuent, et une telle mesure pourrait aider à attirer de nouveaux bénévoles.

Je songe souvent au fait qu'il est facile de donner un chèque de 100 \$ à l'organisme de son choix, mais qu'aucune mesure de reconnaissance n'est en place pour ceux qui se présentent chaque semaine ou toutes les deux semaines et consacrent deux heures de leur temps à distribuer des repas, à l'exception de la reconnaissance interne que nous manifestons à nos bénévoles.

In Niagara, we are establishing a committee with the support of the LIHN and also the support of Marge Dempsey, to build closer ties with our local schools, colleges and universities to promote volunteerism. We recognize that people who start volunteering early in life, if they have had a good experience, usually will continue volunteering as an adult.

In that respect, we strongly support options 1 to 5 in your report that reflect on volunteers.

As mentioned previously, caregivers are another group that we want to talk about. I have listed option 37 and options 63 to 67.

Caregivers, as mentioned earlier, provide the majority of care to seniors living at home. They need to be supported in the form of readily available respite, education and assistance to help them understand and respond to the seniors' needs. Caregivers need support for their own personal needs.

We feel that, with appropriate supports in place, caregiver help and well-being can be maintained and the senior can continue to be cared for at home.

I want to talk briefly about another option that directly relates to our agency, the seniors that we provide service to, which is option 24, to make the Old Age Security and Guaranteed Income Supplement benefits non-taxable.

Seniors with limited resources need financial assistance to live independently at home. Many community services have a user fee, for example, the cost of the meal in the Meals on Wheels service. CSSN, our agency, provides subsidies from the donated funds. However, seniors on low income still experience financial hardships and often are not able to access the necessary services. We find that seniors choose the meals because they are not able to cook for themselves and they are not able to afford the home maintenance service to look after their home.

Option 38 is to improve training of workers providing the services to seniors.

Option 39 is to share best practices for the prevention of elder abuse.

Option 41 is, "Support capacity building projects for training in geriatrics and gerontology." Limited supports are available in Niagara, including the timely diagnosis and treatment of dementias. I think Ms. Dempsey referred to that issue as well.

Option 51 is to increase the availability of affordable supportive housing. Again, there are limited supportive housing options in Niagara. This housing is truly a benefit for seniors who

Dans la région de Niagara, nous mettons sur pied un comité, avec le soutien du RLISS et de Marge Dempsey, visant à renforcer les liens avec les écoles; les collèges et les universités du coin afin de promouvoir le bénévolat. Nous savons que les gens qui commencent à faire du bénévolat tôt continuent habituellement à le faire à l'âge adulte si leur expérience est positive.

À cet égard, nous appuyons vivement les options 1 à 5 de votre rapport, qui traitent des bénévoles.

Comme on l'a mentionné précédemment, les aidants naturels sont un autre groupe dont il faut parler. J'ai souligné l'option 37 et les options 63 à 67.

Les aidants naturels, comme on l'a déjà mentionné, fournissent la majorité des soins aux aînés qui vivent à domicile. On doit les appuyer au moyen de services de relève, d'information et de soutien immédiatement disponibles pour les aider à comprendre les besoins des aînés et à y réagir. Les aidants naturels ont besoin de soutien pour combler leurs propres besoins personnels.

Nous estimons que, avec des mesures de soutien appropriées, il est possible d'aider les aidants naturels et de maintenir leur bien-être; ainsi, les aînés peuvent continuer à profiter de leurs soins à domicile.

Je veux parler brièvement d'une autre option directement liée à notre organisme et aux aînés qui bénéficient de nos services, soit l'option 24 : rendre non imposables les prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti.

Les aînés qui possèdent des ressources limitées ont besoin d'aide financière pour maintenir leur autonomie à domicile. Bon nombre de services communautaires moyennent des frais d'utilisation; par exemple, le coût d'un repas du service Meals on Wheels. Les Services de soutien communautaires de Niagara, notre organisme, offrent des subventions à même les dons reçus. Toutefois, les aînés à faible revenu vivent toujours des difficultés financières et, bien souvent, ne peuvent pas accéder aux services nécessaires. Nous constatons que les aînés optent pour le service de livraison de repas parce qu'ils ne sont pas capables de cuisiner eux-mêmes et qu'ils n'ont pas les moyens de recourir à des services d'entretien ménager.

L'option 38 consiste à améliorer la formation des travailleurs de la santé qui offrent les services aux aînés.

L'option 39 consiste à mettre en commun les pratiques exemplaires relatives à la prévention des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées.

L'option 41 est formulée comme suit : « Appuyer des projets de renforcement des capacités visant la formation en gériatrie et en gérontologie. » Dans la région du Niagara, les mesures de soutien, y compris le diagnostic et le traitement rapides de la démence, sont limitées. Je crois que Mme Dempsey a aussi fait allusion à cette question.

L'option 51 consiste à accroître le parc de logements abordables. Encore une fois, les options de logement avec services de soutien sont limitées dans la région. Ce type de

are not able to perform all the activities of daily living. They have the assistance of staff to provide a certain level of help so they can maintain their independence.

Options 60 and 61 are to introduce a National Home Care Program. I think there needs to be some standardization across the country, certainly not to the detriment of existing programs that are in place. We see periodically where people come from other communities and other provinces that the services in Ontario and the other province are not the same. They are looking for the basic services.

Option 68 is the better integration of care between acute, long-term care and community. It is a necessity to ensure that seniors can live as independently as possible.

I think we have responded to the issues and options that directly impact the clients that we serve, the volunteers that provide our services and the community support services that we offer.

We feel that the information that is contained in your report is both timely and insightful, and we are supportive.

Again, thank you for the opportunity to participate.

The Chair: Ms. VanderBent, I want to talk about your position on national home care. It was never our intention that we go to the lowest possible denominator. It was our position that we go to the highest possible basket of services available.

I am sure you are well aware that in some parts of the country, and I think of my home province of Nova Scotia, for example, there is a limited nature of home care services, not the least of which is because the provincial budgetary envelope, if you will, has not been large enough to subsume more of the home care services.

If we look at the arrangements that were drafted by the previous government with respect to child care, I think they addressed that issue, because they allowed for the flexibility of building on the program that presently existed. In other words, any monies that came from the federal government were not to replace what was presently offered, but to increase what presently existed.

If we were to come up with a design like that, would you have a greater comfort level?

Ms. VanderBent: Absolutely; I was at a lot of the tables following the Romanow report, looking at palliative care, for instance, and national standards for palliative care. We continued to run into this roadblock, which was that we could not define the basic basket of services. What we felt was basic, others felt was a Cadillac program and unaffordable.

logement profite vraiment aux aînés qui ne sont pas capables d'accomplir toutes les tâches de la vie quotidienne. Ils sont assistés par le personnel, qui leur offre un certain degré d'aide pour qu'ils puissent conserver leur autonomie.

Les options 60 et 61 concernent la création d'un programme national de soins à domicile. Je crois qu'il faut assurer une certaine normalisation à l'échelle du pays, mais surtout pas au détriment des programmes qui sont déjà en place. Nous constatons parfois, lorsque des gens viennent d'autres collectivités et d'autres provinces, que les services ontariens ne sont pas les mêmes que ceux des autres provinces. Les gens cherchent à obtenir des services de base.

L'option 68 vise à mieux intégrer les soins de courte durée, les soins de longue durée et les soins communautaires. Il faut s'assurer que les aînés peuvent mener une vie aussi autonome que possible.

Je crois que nous avons commenté les enjeux et les options qui influent directement sur les clients que nous servons, sur les bénévoles qui dispensent nos services et sur les services de soutien communautaires que nous offrons.

Nous estimons que l'information contenue dans votre rapport est à jour et témoigne d'une bonne réflexion, et nous l'appuyons.

Encore une fois je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de participer.

La présidente : Madame VanderBent, j'aimerais parler de votre position à l'égard du programme national de soins à domicile. Nous n'avons jamais eu l'intention de faire du nivellement par le bas. Nous étions d'avis qu'il fallait tendre vers le plus grand panier de services possible.

Vous savez sûrement très bien que, à certains endroits au pays — et je pense par exemple à ma province d'origine, la Nouvelle-Écosse —, les services de soins à domicile sont limités, et que cette lacune est surtout imputable à l'enveloppe budgétaire provinciale, qui ne permet pas de mettre sur pied de nouveaux services de soins à domicile.

Si nous jetons un coup d'œil aux arrangements qui ont été rédigés par le gouvernement précédent concernant les services de garde d'enfants, je crois qu'on a tenu compte de cette réalité, parce qu'on a accordé aux provinces toute la souplesse voulue pour faire fond sur le programme déjà en place. En d'autres mots, tout argent provenant du gouvernement fédéral était destiné non pas à remplacer les services déjà en place, mais à améliorer ceux qui existaient déjà.

Si nous concevions un tel arrangement, seriez-vous davantage satisfaite?

Mme VanderBent : Certainement; j'ai assisté à beaucoup de réunions qui ont suivi le dépôt du rapport Romanow, en ce qui concerne les soins palliatifs, par exemple, et les normes nationales s'appliquant à ces soins. Nous aboutissions toujours à cette impasse, c'est-à-dire que nous ne pouvions pas définir le panier de services de base. Les programmes que nous jugions essentiels étaient qualifiés de « Cadillac » hors de prix par d'autres.

I know that since the Romanow report, the federal government earmarked money to come to the provinces to expand our home and community care system, which is driving the changes that we see in Ontario. I cannot speak highly enough about the fact that the federal government has driven those changes and has helped us to expand all our services in the home and community care system.

I would be absolutely supportive, so would our association, but it will be a challenge to decide what is the basic basket of services that people need, and then to weave those services into all the different models and ways of delivering care that we have across this big country.

The Chair: What I liked most about the child care arrangements was that they were individualized. It was a national program, but the arrangements did not even attempt to compare Manitoba with New Brunswick. It said to Manitoba: This is the system you have in place; we will sign an agreement with you to give you additional dollars to build on that system.

That approach, to me, left that kind of flexibility. We talk about the need for federal flexibility and it seems to me that approach would be ideal. I think that was why Quebec joined because, as you know, they are always independent and always wanting to ensure that their services are sacrosanct and they are not compared to anybody else's services. If we did not explain that in our model, it was our lack of accuracy.

I am satisfied now that it is not the national nature that you object to, but ensuring that nobody will have less than they presently have.

Ms. VanderBent: Exactly.

Senator Cordy: Ms. Rosenthal, I am interested in your neighbourhood approach to contacting seniors about their entitlements. I am currently working on a speech for the Senate on the number of seniors in Canada who do not receive Canada Pension or the Guaranteed Income Supplement. If they do not receive Canada Pension, they do not receive the GIS. The problem is that seniors are not aware of their rights.

You have contacted seniors in a smaller community and it is working. How can we contact them at a national level to ensure that Canadians receive what they are entitled to?

Poverty has been reduced among seniors because of GIS, but the poverty levels of single women, particularly, are continuing to stay high.

Can you go over what you do in a little more detail, and is there any way that approach can be used across the country?

Je sais que, depuis le rapport Romanow, le gouvernement fédéral a réservé de l'argent aux provinces pour qu'elles puissent élargir leur système de soins à domicile et communautaires, ce qui sous-tend les changements que nous voyons en Ontario. Je ne saurais trop insister sur le fait que c'est le gouvernement fédéral qui a favorisé ces changements et nous a aidés à élargir tous nos services dans le cadre du système de soins à domicile et communautaires, et je l'en félicite.

J'appuierais certainement la mesure que vous avez proposée, et notre association l'appuierait également, mais il sera difficile de décider de la nature du panier de services dont les gens ont besoin, puis d'intégrer ces services à tous les différents modèles et à toutes les différentes méthodes de prestation de services qui existent d'un océan à l'autre.

La présidente : Ce qui me plaisait le plus des arrangements relatifs aux services de garde, c'était le fait qu'ils étaient souples. C'était un programme national, mais on ne tentait même pas de comparer la situation du Manitoba à celle du Nouveau-Brunswick. On disait au Manitoba : « Voici le système que vous avez en place; nous allons signer une entente avec vous pour injecter des fonds supplémentaires afin que vous puissiez faire fond sur ce système. »

Cette démarche, à mon avis, offrait la souplesse nécessaire. Nous parlons de l'importance de la souplesse du gouvernement fédéral, et il me semble que cette démarche serait idéale. Je crois que c'est pour cette raison que le Québec s'est joint au programme, car, comme vous le savez, cette province tient toujours à demeurer indépendante et à s'assurer du caractère sacro-saint de ses services pour qu'on ne puisse pas les comparer aux services d'une autre province. Si nous ne l'avons pas expliqué dans notre modèle, le manque de précision est notre erreur.

Je suis maintenant convaincue que vous ne vous opposez pas au caractère national de l'arrangement : vous voulez seulement vous assurer que personne ne voie ses services diminuer.

Mme VanderBent : Exactement.

Le sénateur Cordy : Madame Rosenthal, je suis intéressée par votre approche axée sur les quartiers, qui consiste à informer les aînés de leur admissibilité aux prestations. Je travaille actuellement sur un discours à l'intention du Sénat qui traite du nombre d'aînés au Canada qui ne touchent pas de prestations du Régime de pensions du Canada ni de Supplément de revenu garanti. S'ils ne touchent pas de prestations du RPC, ils ne touchent pas de SRG. Le problème, c'est que les aînés ne connaissent pas leurs droits.

Vous avez communiqué avec des aînés dans une petite collectivité, et cela fonctionne. Comment peut-on communiquer avec eux sur à l'échelle nationale pour voir à ce que les Canadiens touchent les prestations auxquelles ils ont droit?

Le SRG a contribué à réduire la pauvreté chez les aînés, mais le niveau de pauvreté, particulièrement chez les femmes seules, demeure élevé.

Pouvez-vous donner de plus amples détails sur ce que vous faites et nous dire si cette approche pourrait être adaptée à l'échelle nationale.

Ms. Rosenthal: We are about six or seven months into this project.

Our social planning and research council helped us with research to locate or identify the communities and neighbourhoods in Hamilton that have the highest percentage of low-income seniors. We then targeted specific neighbourhoods. It is a neighbourhood-based approach.

Community development is new to me. I come from an academic background.

I heard someone say that the Age-Friendly Cities model ultimately is one neighbourhood at a time. That model is the opposite end of what you are talking about when you see it from the federal picture.

Our initial strategy was to work with the Canada Revenue Agency and to go to tax clinics. Of course, the problem is that most seniors who come out to those clinics are somewhat aware of these issues. What we will do in our second phase is to use those clinics as a way of helping seniors who receive benefits access other kinds of subsidies that are available to seniors that they do not know about. For these federal benefits, the big ones, we are working through community agencies and neighbourhood associations to try to identify what we term "hard to reach" seniors. These people are the ones who are isolated.

Often the two projects, the Entitlements Project and the Ethnocultural Diversity Project, overlap because some of these isolated seniors have language barriers and so on.

The best I can tell you at the moment is that working with local associations and neighbourhood groups, including faith-based organizations in some communities, has been helpful in leading us to individuals. However, the process is really turning over one stone at a time. It is a painstaking process.

We have trained a group of volunteers. I think that is key. I was interested in Ms. Walker's comments on volunteers. We are worried about how to maintain these volunteers over time because they are an extremely valuable resource and we are trying to come up with funding for a volunteer coordinator that will be permanent.

I do not know if this is helpful to you.

Senator Cordy: Yes.

Denise O'Connor, Executive Director, Hamilton Council on Aging: We have a community development person who is trained in community development and who has established relationships with a number of the ethnocultural communities. His relationships have helped us make headway into these communities and build those relationships.

Often, people from some communities are afraid of authority. They do not have positive experiences with government; governments are scary people. By building trust through the

Mme Rosenthal : Nous avons commencé ce projet il y a environ six ou sept mois.

Notre conseil de planification sociale et de recherche nous a aidés sur le plan de la recherche pour repérer ou définir les collectivités et les quartiers de Hamilton où le pourcentage d'âinés à faible revenu est le plus élevé. Nous avons alors ciblé des quartiers précis. C'est une approche axée sur les quartiers.

L'amélioration des services à la collectivité est pour moi un domaine nouveau. Je viens du milieu universitaire.

J'ai entendu quelqu'un dire que le modèle des villes-amies des âinés s'applique essentiellement à un quartier à la fois. Ce modèle va dans le sens opposé de ce dont vous parlez lorsque vous abordez la question du point de vue fédéral.

Notre stratégie initiale consistait à travailler avec l'Agence du revenu du Canada et à participer à des séances d'information fiscale. Bien sûr, le problème, c'est que la plupart des âinés qui se présentent à ces séances sont quelque peu sensibilisés à ces questions. Dans le cadre de la deuxième étape, nous utiliserons ces séances d'information pour aider les âinés qui touchent des prestations à accéder à d'autres types de subventions auxquelles ils ont droit et dont ils ne connaissent pas l'existence. Quant à ces prestations fédérales, les plus importantes, nous tentons, par l'entremise d'organismes communautaires et d'associations de quartier, de repérer les âinés que nous disons « difficiles à rejoindre ». Ces personnes sont celles qui vivent isolées.

Il arrive souvent que les deux projets, celui de l'admissibilité aux prestations et celui de la diversité ethnoculturelle, se chevauchent, car certains de ces âinés isolés sont aux prises avec des barrières linguistiques, entre autres.

Le mieux que je puisse vous dire en ce moment, c'est que la collaboration avec les associations locales et les groupes de quartier, y compris les organismes confessionnels établis dans certaines collectivités, s'est révélée utile pour joindre les personnes. Toutefois, le processus consiste vraiment à surmonter un défi à la fois. C'est un travail pénible.

Nous avons formé un groupe de bénévoles. Je crois que c'est essentiel. J'ai été intéressé par le commentaire de Mme Walker au sujet des bénévoles. Nous nous creusons la tête pour trouver le moyen de maintenir en place ces bénévoles au fil du temps, car ce sont des ressources extrêmement précieuses, et nous tentons d'obtenir du financement pour retenir les services d'un coordinateur des bénévoles, qui sera un poste permanent.

Je ne sais pas si cela peut vous aider.

Le sénateur Cordy : Oui.

Denise O'Connor, directrice générale, Hamilton Council on Aging : Nous avons un responsable de l'amélioration des services à la collectivité qui est formé dans le domaine et qui a établi des relations avec un certain nombre des communautés ethnoculturelles. Ses relations nous ont aidés à nous frayer un chemin dans ces communautés et à créer ces relations.

Bien souvent, les personnes de certaines communautés craignent l'autorité. Elles n'ont pas vécu d'expériences positives avec le gouvernement; les représentants des gouvernements sont

communities, the point is to build on existing trust relationships, but the approach must be community, it must be local. There is no other way. It is not about public relations, it is about making one-on-one contact. Governments can put out brochures but if people do not read them and they do not trust them, then they will not pay attention.

It is about those individual relationships.

Ms. Dempsey: I want to speak to that also because we find this issue often in this population of individuals who live alone.

Again, that issue crosses not only our cognitively-impaired population but also seniors in general who live alone. Perhaps they are immigrants who do not speak English well and, as you said, they are frightened of the concept of government involvement.

One thing that we have done, and that I think would be a useful strategy across the board, is for agencies that are involved in any way in any senior environment, to ask, as one of the questions that is part of their information-gathering, "Are you aware of all the resources that may be available to you financially?"

By asking that question, they are not asking the seniors for their income, they are not asking them about the money they are receiving, but they are offering the seniors something, some information. That approach seems to be more acceptable.

It should be part of the criteria, because many people are not only not receiving the money they are entitled to, they are not even filing their income tax. These issues are real.

Senator Cordy: We have heard some dreadful stories before our committee.

Ms. Dempsey: Yes, it is true. For years, people are not receiving the money they need to survive even.

Senator Cordy: One thing that I learned from a witness before the committee was that in Canada, the federal government, if seniors have not been receiving CPP or GIS, then they have an 11-month retroactivity. In Quebec, they have five years. The lack of take-up in Quebec is next to zero, whereas the lack of take-up in Canada overall, I forget what it is, but it is substantial.

That might also be one thing that we can look at. Somebody mentioned we can have all the brochures in the world, but we are not reaching all the seniors. If we can alleviate poverty among seniors, that goes a long way.

Ms. Walker, we think a tax break for volunteers is a great idea, and you do too. You made an excellent representation on that issue.

des gens effrayants. Stimuler la confiance des communautés contribuera à renforcer les liens de confiance qui existent déjà, mais la démarche doit se faire auprès des communautés individuelles, elle doit être locale. C'est non pas une question de relations publiques, mais bien d'établissement de la communication avec chacun. Les gouvernements peuvent publier des brochures, mais si personne ne les lit et que personne ne leur prête foi, on n'y fera pas attention.

L'important, c'est chaque relation individuelle.

Mme Dempsey : J'aimerais aussi en parler, parce que nous faisons souvent face à ce problème dans une population de personnes vivant seules.

Encore une fois, ce problème afflige non seulement notre population atteinte de troubles cognitifs, mais aussi les aînés qui vivent seuls en général. Parfois, ce sont des immigrants qui ne parlent pas bien anglais et, comme vous l'avez dit, ils sont effrayés par le concept de participation gouvernementale.

L'une des choses que nous avons faites, et je crois que cette stratégie serait utile partout, c'est de demander aux organismes qui sont actifs d'une façon ou d'une autre dans l'environnement des aînés d'ajouter, à leur liste de questions visant à recueillir de l'information, la suivante : « Connaissez-vous toutes les ressources qui s'offrent à vous sur le plan financier? »

En posant cette question, on ne demande pas aux aînés quel est leur revenu, on ne leur demande pas quelle somme ils touchent; on leur offre quelque chose, de l'information. Cette démarche semble mieux accueillie.

Cela devrait être un critère, car beaucoup de personnes, en plus de ne pas toucher le montant d'argent auquel elles ont droit, ne font même pas leur déclaration d'impôt sur le revenu. Ce sont de vrais problèmes.

Le sénateur Cordy : On a raconté des histoires abominables au comité.

Mme Dempsey : Oui, c'est vrai. Pendant des années, des personnes ne touchent même pas l'argent dont elles ont besoin pour survivre.

Le sénateur Cordy : L'une des choses que j'ai apprises d'un témoin qui s'est présenté devant le comité c'est que, au Canada, si l'aîné n'a pas touché de prestations du RPC ou du SRG, le gouvernement fédéral lui accorde rétroactivement des prestations pour une période de 11 mois. Au Québec, cette période est de cinq ans. Le défaut d'inscription au Québec est presque inexistant, tandis qu'au Canada dans l'ensemble, j'ai oublié le chiffre, mais il est important.

On pourrait aussi se pencher sur cette question. Quelqu'un a remarqué que l'on a beau s'obstiner à faire imprimer des brochures, on ne rejoint pas tous les aînés. Arriver à réduire la pauvreté chez les aînés serait un pas de géant.

Madame Walker, nous croyons qu'un incitatif fiscal pour les bénévoles est une idée géniale, et vous aussi. Votre déclaration sur cette question était judicieuse.

Your organization keeps good track of the volunteer hours that people are working. Not every organization is able to do that because they do not have the volunteers to do it.

How can we keep it simple, if we have a tax rebate for volunteers? Government has a great desire to overcomplicate things so that people will say; you know what, it is not worth spending ten hours filling out these forms to receive \$150 back.

Do you have a recommendation on how to keep it simple? We understand that the government must be accountable but, on the other hand, how do we not overcomplicate it?

Ms. Walker: That question is an excellent one. I was thinking of that problem as well. We provide donor receipts for people who give monetary contributions. Can we do that with volunteers? If we provide a donor receipt and the volunteer volunteers at several different agencies, they would have a donor receipt from each agency.

I want to say \$1 an hour would be nice, but it probably will not work out in that respect. Some determination would need to be made of what an hour of volunteer's time is worth as a tax credit.

Senator Cordy: Even at the end of the year, the volunteer could receive a donor receipt in terms of the number of hours and then the amount could be determined later.

Ms. Walker: Yes, that is the suggestion. I do not know.

Senator Cordy: I think your comment is so accurate that it is much easier to write out a cheque than to volunteer every week.

Ms. Walker: It is much easier.

Senator Cordy: My next question is for Ms. Dempsey.

In my father's family, three have died in their early 60s. Those who have lived to be 75 or older have all exhibited signs of dementia, so I want to make sure that there are good plans in place if I should live to be that old.

I was on a committee that studied mental health and mental illness, and one of the things we looked at was dementia.

One thing you talked about was the right to risk. We grappled with that right as a committee; when somebody refuses to take medication or, as you said, refuses to leave their home for safety reasons.

Have you found a way that works well with that right? With the other committee that I was on, we struggled with this issue and we heard conflicting evidence from both sides, from people who said we cannot ever force somebody to take a medication against their will, and others who said, we must, for the safety of the individual.

Votre organisme tient un bon registre des heures de bénévolat fournies par chacun. Ce ne sont pas tous les organismes qui sont en mesure de le faire, car ils n'ont pas les bénévoles nécessaires.

Comment peut-on éviter de compliquer inutilement la situation si nous offrons des incitatifs fiscaux aux bénévoles? Le gouvernement a intérêt à compliquer les choses pour rien, afin que les gens baissent les bras et concluent que ça ne vaut pas la peine de passer dix heures à remplir des formulaires pour recevoir 150 \$.

Avez-vous une recommandation à ce sujet? Nous comprenons que le gouvernement doit être responsable, mais, en revanche, comment peut-on maintenir la simplicité?

Mme Walker : C'est une excellente question. Je pensais aussi à ce problème. Nous donnons des reçus aux donateurs qui offrent des contributions monétaires. Peut-on faire la même chose avec les bénévoles? Si nous donnons un reçu de donateur au bénévole, et qu'il œuvre pour plusieurs différents organismes, il recevrait un reçu de donateur de chaque organisme.

J'aimerais dire qu'un dollar l'heure serait bien, mais cela ne fonctionnera probablement pas ainsi. Il faudrait déterminer ce que vaut une heure de travail bénévole en crédit d'impôt.

Le sénateur Cordy : Même à la fin de l'année, le bénévole pourrait recevoir un reçu de donateur indiquant le nombre d'heures qu'il a consacrées à l'organisme, puis on pourrait déterminer le montant plus tard.

Mme Walker : Oui, c'est la suggestion. Je ne sais pas.

Le sénateur Cordy : Je trouve que votre commentaire selon lequel c'est plus facile de faire un chèque que de faire du bénévolat chaque semaine est particulièrement judicieux.

Mme Walker : C'est beaucoup plus facile.

Le sénateur Cordy : Ma prochaine question s'adresse à Mme Dempsey.

Dans la famille de mon père, trois personnes sont décédées au début de la soixantaine. Ceux qui ont vécu jusqu'à l'âge de 75 ans et plus ont tous manifesté des signes de démence, alors j'aimerais m'assurer que des bonnes mesures sont en place si je vis jusqu'à cet âge.

Je siégeais à un comité qui examinait la santé mentale et la maladie mentale, et l'un des sujets que nous avons abordés était la démence.

L'une des choses dont vous avez parlé était le droit au risque. Nous avons regardé toutes les facettes de ce droit dans le cadre du comité; c'est-à-dire lorsque quelqu'un refuse de prendre ses médicaments ou, comme vous l'avez dit, refuse de quitter son domicile pour des raisons de sécurité.

Avez-vous trouvé une façon de faire qui permettrait bien de respecter droit? Dans les autres comités auxquels j'ai participé, nous avons tourné la question dans tous les sens et nous avons entendu des témoignages inconciliables des deux côtés, de personnes qui affirmaient qu'on ne peut jamais forcer quelqu'un à prendre un médicament contre son gré, et d'autres qui ont déclaré que nous le devons, pour la sécurité de la personne.

Ms. Dempsey: Herein lies the huge ethical dilemma.

I am an old nurse, so I remember when the system was paternalistic and they did not tell people anything, they just did it. I worked in the days when placebos were given without consent. We cannot do that sort of thing any longer, nor should we. I was never in favour of that sort of thing.

Persuading people to take things under false pretences is not what we consider appropriate any longer.

However, I think that the critical piece is capacity. I think it is no problem for people to be at risk if they have the capacity to understand their risk. If they know that they are doing something that is high risk behaviour, or that they are putting themselves at risk to do it, and they fully understand and appreciate the consequences of that behaviour, then absolutely, they have that right to risk.

If they are a person who no longer understands and appreciates their own risk and that their risk is beyond what they, as a person, what we call their "then" self, their previous self, would have considered a risk that they would ever have taken, or a means of behaviour or activity that would never have been appropriate to who they saw themselves as a cognitively-well person, and now as a cognitively impaired person, they are doing those things, then that changes the situation.

I think that when a person no longer has the capacity to understand and appreciate their own risk and would never have put themselves in that position previously, then we can legitimately step in and say we will preserve that person as who they were. We can then engage in trying to assist them in being the person they were, even though they are no longer able to do that on their own.

If a person who willingly would have taken medication to ensure that their blood pressure was okay, that their heart was in good working order or perhaps even a drug to keep them feeling well mentally, as a previous person prior to their illness, then we should ensure that they can still do that even though they no longer understand they need to do that. I say we then find means of ensuring that can happen in perhaps a different way.

If they are taking a medication, we can find a way for them to take it. If the medication is to assist them perhaps for the dementia, we can tell them that it is a blood pressure pill, which they would be more willing to take, even though we are lying to them now because they are no longer capable. I would never suggest something like this for a cognitively well, capable person.

The same is true for providing them with services in their home, and that is what I said earlier, finding ways to be innovative and assist them. They do not think they need any help, so the help is not for them. They are doing something for somebody else, for example, by providing respite in the home of someone who has no support. It is not because they need help, but

Mme Dempsey : C'est là que réside le formidable dilemme éthique.

Je suis une ancienne infirmière, alors je me souviens du temps où le système était paternaliste et on ne disait rien aux gens; on faisait juste passer à l'action. Je travaillais dans le temps où l'on administrait des placebos sans consentement. On n'a plus le droit de faire ce genre de choses maintenant, et c'est très bien ainsi. Je n'ai jamais été en faveur de ce genre de choses.

Persuader quelqu'un de prendre quelque chose sous de faux prétextes n'est plus considéré comme une pratique appropriée.

Toutefois, je crois que l'élément critique est la capacité. Je n'ai aucune objection à ce qu'une personne soit à risque si elle a la capacité de comprendre en quoi consiste le risque. Si la personne sait que ses actes constituent un comportement à risque élevé ou qu'elle se met en péril pour le faire, mais qu'elle comprend parfaitement les conséquences de ce comportement et peut les mesurer, alors certainement, elle a le droit de prendre ce risque.

Si la personne ne comprend plus le risque auquel elle s'expose ou ne sait plus en mesurer l'ampleur et que la personne, ce qu'elle était avant, par le passé, n'aurait jamais consenti à prendre ce risque, ou qu'elle n'aurait jamais adopté un certain type de comportement ou exercé un certain type d'activité si elle avait été forte de toutes ses facultés cognitives, et que maintenant, à cause de l'altération de ses facultés cognitives, elle fait ces choses, alors ce n'est plus la même situation.

Je crois que, lorsqu'une personne n'est plus en mesure de comprendre le risque et d'en mesurer l'ampleur et ne se serait jamais mise elle-même dans cette situation auparavant, il devient légitime d'intervenir et de tenter de protéger la personne comme elle l'aurait fait. Nous pouvons alors tenter de l'aider à demeurer la personne d'antan, même si elle n'est plus en mesure de le faire par elle-même.

Si une personne, avant de tomber malade, aurait volontairement pris des médicaments pour maintenir le niveau de sa tension artérielle, pour s'assurer de son bon fonctionnement cardiaque ou même pour même pour contribuer à son bien-être mental, alors il faudrait s'assurer qu'elle peut toujours le faire, même si elle ne comprend plus qu'elle en a besoin. À mon avis, il faut trouver des moyens pour réaliser cela, peut-être en procédant de façon différente.

Si une personne prend des médicaments, nous pouvons trouver une façon de l'aider à les prendre. Si les médicaments servent à atténuer, peut-être, la démence, nous pouvons dire à la personne qu'il s'agit d'une pilule pour la tension artérielle, chose qu'elle serait davantage disposée à prendre, même s'il s'agit d'un mensonge, parce qu'elle n'est plus en possession de ses moyens. Je ne proposerais jamais une telle mesure à l'endroit d'une personne en possession de toutes ses facultés cognitives.

Il en va de même pour les services qu'on offre à domicile, et c'est ce que je disais plus tôt, il faut trouver des moyens originaux de venir en aide. La personne ne croit pas avoir besoin d'aide? Alors l'aide n'est pas pour elle. Elle fait quelque chose pour quelqu'un d'autre; par exemple, elle assure la relève dans le foyer de quelqu'un qui n'a pas de soutien. Ce n'est pas parce qu'elle a

the approach is, "I have this friend who is lonely and they would love to be able to visit somebody." So it is for the other, as opposed to for themselves.

These are ways that you would never use for a cognitively well person, for a capable person, but for somebody who is not capable, I think we must. Therein lies the dilemma of our new system of autonomy. We have moved from paternalism to autonomy, and that is good, but it is also not so good for those who are no longer capable of expressing their own autonomy. It is a dilemma.

I do not know if that was the answer you were seeking.

The Chair: I think we are all struggling with that problem: When do I have a right to say I do not want services?

We know full well that there are older persons who have no cognitive impairment. They may have serious physical impairments so they are in a long-term care home. They do not want to be there, and there is no reason cognitively that they should be there. Do we say, fine, they can go into the community, even though we know their physical safety will be at risk?

It is a difficult issue and difficult on families who often want their family members placed in a long-term-care personal situation because they are concerned about either their mental or their physical safety. There we are on the horns, I suggest, of a dilemma.

Senator Mercer: You have raised a couple of interesting things with us today around the continued discussion of transportation. This issue continues to come up. I am also on a committee that recently completed a study on rural poverty where transportation is a major issue.

I will contradict myself a bit with respect to the study on rural poverty. It seems to me that one of the issues here in urban centres where there is public transport, one of our solutions to several problems — an environmental problem, a transportation problem for seniors and a usage problem for public transit — is that maybe we should think about linking part of the GIS benefits to a transit pass.

The reason I say this is, my son has gone back to school and part of the tuition at the university is a transit pass. He does not use it a lot, but he has that pass and can hop on the bus any time he wants. It seems to me that this pass would be a logical thing. We spend millions and millions of dollars helping cities and municipalities build good infrastructure for public transit.

If we were to provide a pass, do you think that seniors, GIS recipients, would use it? There is no sense in building it if they will not come.

besoin d'aide, l'approche est la suivante : « J'ai un ami qui se sent seul et serait ravi de pouvoir rendre visite à quelqu'un. » C'est pour l'autre qu'elle le fait, pas pour elle-même.

On ne recourrait jamais à ces mesures dans le cas d'une personne ayant toutes ses facultés cognitives, une personne en possession de ses moyens, mais pour une personne qui ne l'est pas, je crois qu'il le faut. Là réside le dilemme de notre nouveau système d'autonomie. Nous sommes passés du paternalisme à l'autonomie, ce qui est bien, mais cela peut nuire à ceux qui ne sont plus en mesure d'assumer leur autonomie. C'est un dilemme.

Je ne sais pas si c'est la réponse que vous cherchiez.

La présidente : Je crois que nous nous efforçons tous de trouver une solution à ce problème : à quel moment ai-je le droit de refuser des services?

Nous savons très bien qu'il existe des aînés qui ne souffrent d'aucun trouble cognitif. Ils peuvent souffrir de troubles physiques graves, donc ils sont placés dans un foyer de soins de longue durée. Ils ne veulent pas être là, et, sur le plan cognitif, ils n'ont aucune raison de l'être. Pouvons-nous dire : « D'accord, ils peuvent retourner dans la collectivité, même si nous savons que leur sécurité physique sera en péril »?

C'est une question difficile, qui afflige les familles qui, souvent, veulent qu'un membre de la famille profite de soins personnels de longue durée, car ils s'inquiètent de sa sécurité mentale ou physique. C'est ici, selon moi, que nous sommes confrontés au dilemme.

Le sénateur Mercer : Vous avez soulevé quelques points intéressants aujourd'hui au sujet de la discussion en cours relative au transport. Cette question refait toujours surface. Je siège aussi à un comité qui a dernièrement effectué une étude sur la pauvreté en milieu rural, où le transport est un grand problème.

Je vais me contredire un peu en ce qui concerne l'étude sur la pauvreté en milieu rural. Il me semble que l'une des questions en jeu dans les centres urbains, où le transport en commun est accessible, la solution à plusieurs problèmes — un problème environnemental, un problème de transport pour les aînés et un problème d'usager pour le transport en commun — consiste à envisager de rattacher une certaine portion des prestations du SRG à un laissez-passer de transport en commun.

La raison pour laquelle je dis ça, c'est que mon fils est retourné à l'école, et une partie des droits de scolarité de l'université est affectée à un laissez-passer de transport en commun. Il ne s'en sert pas beaucoup, mais il peut monter dans un autobus n'importe quand. Il me semble que ce laissez-passer serait une idée pleine de bon sens. Nous dépensons des millions de dollars à aider les villes et les municipalités à bâtir de bonnes infrastructures pour le transport en commun.

Si nous fournissions un laissez-passer, croyez-vous que les aînés, les bénéficiaires du SRG, l'utiliseraient? Il n'y a aucune raison d'aménager l'infrastructure s'ils ne s'en serviraient pas.

Ms. O'Connor: Yes, focus groups have been held in Hamilton on transportation and our Access Program, the program that links the community services with ethnocultural communities.

We have been told that if people had a bus ticket, they would go to the YMCA, so the "Y" supplies bus tickets. Logically, it would clear up the barrier of spending a couple of dollars to go somewhere on the bus. As cities build more public transit, of course, it will be even easier.

That solution is great for people who are still mobile. Part of the recommendation we made on the tax credit is to address the people who cannot take public transit any longer.

Senator Mercer: That is exactly where I was going. You have solved my problem with my other report, that maybe we can provide a generous tax credit for people who are GIS recipients and do not have access to public transit.

Ms. O'Connor: I think 75 is an age that is arbitrary for people without a recognized disability. I am not sure we want to test people as to whether they are mobile or not. I thought age 75 was the higher probability; that a tax credit would be of value because perhaps they would be able to hop on the bus easily.

Senator Mercer: Ms. VanderBent, you are concerned about bringing the level of services to Ontarians down to levels of services of some of the other provinces. Senator Carstairs is absolutely right; Ontario offers the Cadillac service in the country.

I am a practical example of that level of service. I had a health issue last year. It happened to me in Ontario, so I had to access Ontario health care, and I received terrific service with respect to medical care, by showing my Nova Scotia health card. Because of the reciprocal agreement between the provinces, I had the same access to the health care services as any Ontario resident would have, and it was wonderful. However, I required home care for about a month and a half afterward. Since there is no reciprocal agreement between Nova Scotia and Ontario, guess who paid? I was required to pay. I have an insurance program because of my employment that covered a good deal of that cost, but it was a hindrance.

I kept thinking to myself as I was going through that experience — and I could do a lot of the work myself and I have a supportive spouse — what about someone who does not have that ability; someone who is older than me in a situation where they cannot access that level of service.

How do we prevent those people from falling through the cracks that are sitting at home and have the need for infusions every day? They need to have a nurse there at a certain stage to

Mme O'Connor : Oui, on a tenu des groupes de discussion à Hamilton sur le transport et notre programme d'accès, le programme qui établit des liens entre les services communautaires et les communautés ethnoculturelles.

On nous a dit que, si les gens avaient un billet d'autobus, ils se rendraient au YMCA : l'organisme fournit donc des billets d'autobus. Logiquement, cela élimine l'obstacle consistant à dépenser deux ou trois dollars pour aller quelque part en autobus. Au fur et à mesure que les villes concevront de nouveaux transports en commun, bien sûr, la situation s'améliorera.

La solution est parfaite pour les gens qui peuvent encore se déplacer. Une partie de la recommandation que nous avons formulée au sujet du crédit d'impôt est d'examiner la situation des gens qui ne peuvent plus prendre le transport en commun.

Le sénateur Mercer : C'est exactement là où je voulais en venir. Vous avez résolu le problème lié à mon autre rapport, selon lequel on pourrait fournir un crédit d'impôt généreux aux personnes qui touchent le SRG et n'ont pas accès au transport en commun.

Mme O'Connor : Je crois que 75 ans est un âge arbitraire pour les personnes qui ne sont pas officiellement atteintes d'une invalidité. Je ne suis pas certaine qu'il soit souhaitable de tester les gens pour savoir s'ils peuvent se déplacer. Je croyais qu'il était plus probable qu'un crédit d'impôt soit précieux pour les gens âgés de 75 ans et plus, parce qu'ils peuvent facilement prendre l'autobus à cet âge.

Le sénateur Mercer : Madame VanderBent, vous craignez que les services offerts aux Ontariens soient nivelés par le bas en fonction des services offerts par les autres provinces. Le sénateur Carstairs a absolument raison : les services en Ontario sont les plus luxueux du pays.

J'ai vécu un exemple de ce niveau de service. J'ai eu un problème de santé l'année dernière. C'est arrivé en Ontario, donc il fallait que j'accède au système de santé ontarien, et j'ai reçu un service merveilleux en ce qui concerne les soins médicaux, en présentant ma carte d'assurance-maladie de la Nouvelle-Écosse. En vertu de l'entente de réciprocité entre les provinces, j'avais accès aux mêmes soins de santé que n'importe quel Ontarien, et c'était fantastique. Toutefois, j'ai eu besoin de soins à domicile pendant environ un mois et demi après. Puisqu'il n'y a aucune entente de réciprocité entre la Nouvelle-Écosse et l'Ontario, devinez qui a déboursé les frais? J'ai dû payer. J'étais inscrit à un programme d'assurances, vu mon emploi, qui couvrait une grande partie des coûts, mais c'était un obstacle.

Je n'arrêtais pas de me dire, pendant que je vivais cette expérience — et je pouvais en faire beaucoup moi-même et je profitais de l'appui de ma conjointe —, qu'advient-il d'une personne qui ne dispose pas de ces moyens? Une personne plus vieille que moi qui se trouve dans une situation où elle n'a pas accès à ce niveau de service?

Comment empêchons-nous ces personnes de passer entre les mailles du filet lorsqu'elles sont seules à la maison et ont besoin de traitement par perfusion chaque jour? Elles peuvent avoir besoin

dress wounds. Perhaps they need a physiotherapist come to their home to help increase their mobility.

One of the biggest travesties in health care in the country is when the provinces removed physiotherapy as something that was covered. They treat the patient right up to the front door of the hospital and that is it, because the patient is not cured unless they have physiotherapy; at least I do not think so.

How do we solve this problem?

Ms. VanderBent: As I said in my remarks, clearly we have a health care system that is transforming now from an episodic system to a system where we are looking after people for longer periods of time, with more chronic illnesses. We are providing more surgeries that I think are life-enhancing, like hip and knee surgeries, lots of orthopedic surgeries, and that sort of thing, where we need that wrap-around care and we need greater levels of care in the home.

Years ago, I was the Director of Social Work at St. Joseph's in Hamilton. We would have someone in after a big hip surgery for maybe 10, 12 or 15 days sometimes, depending on the patient's age and stage. Now, the person is out quickly, perhaps in two, three or four days. If they are really elderly, maybe five.

It has changed dramatically, and the expectations of the community to absorb that kind of care are huge. We need nursing care, we need physiotherapy, we need community supports and we need personal support.

The person needs that kind of care, and if they do not have a family member, they can deteriorate rapidly.

We absolutely need to make sure we do not see any deterioration of a basic standard of care, because the health care system is driving so fast to new technologies that will allow us to do amazing things in a hospital, but we cannot forget that the majority of the time spent recovering is generally in the home and in the community. We need all the supports to support a person, particularly when they are ill and they could have other multiple health problems to cope with.

So, I agree. You were fortunate that you had insurance to support you through our home care program here in Ontario. Many people do not. If the home care runs out, then they do not have the home care. That is when we see the person on the fringe and the family says, mom cannot manage anymore; we are worried about her; I am frightened she will fall.

I receive calls like that every day at work from people, saying, what can we do? Our publicly-funded system is a major foundation of care.

des services d'une infirmière à un certain moment pour panser des blessures. Peut-être qu'elles ont besoin qu'un physiothérapeute leur rende visite pour les aider à améliorer leur capacité à se déplacer.

Une des plus grandes aberrations sur le plan des soins de santé nationaux est survenue lorsque les provinces ont retiré la physiothérapie de la liste des soins assurés. On traite le patient jusqu'à ce qu'il ait franchi le seuil de l'hôpital, et c'est fini, parce que le patient n'est pas guéri s'il n'a pas suivi de physiothérapie; du moins c'est ce que je pense.

Comment résoudre ce problème?

Mme VanderBent : Comme je l'ai dit dans mon exposé, de toute évidence, on passe d'un système de soins ponctuels à un système qui prend les personnes à sa charge pendant de plus longues périodes, et traite davantage de maladies chroniques. On effectue plus d'interventions chirurgicales qui, selon moi, améliorent la qualité de vie, comme des opérations de la hanche et du genou, beaucoup d'interventions orthopédiques et ce genre de choses, qui entraînent la nécessité de soins sur tous les plans et créent le besoin d'un degré supérieur de soins à domicile.

Il y a des années, j'étais directrice du travail social à l'hôpital St. Joseph's à Hamilton. Après une grosse opération à la hanche, une personne restait à l'hôpital pendant peut-être 10, 12 ou 15 jours parfois, selon son âge et son état. Maintenant, la personne sort rapidement, peut-être en deux, trois ou quatre jours. Si elle est vraiment âgée, peut-être qu'on la garde cinq jours.

La situation a énormément changé, et les attentes qui pèsent sur la collectivité pour assurer ce genre de soins sont énormes. Nous avons besoin de soins infirmiers, de physiothérapie, du soutien assuré par la collectivité et d'aide personnelle.

Une personne qui a besoin de ce genre de soins, si elle n'obtient pas l'aide d'un membre de la famille, peut voir son état se détériorer rapidement.

Nous devons absolument nous assurer de ne pas voir la détérioration d'une norme de base relative aux soins, parce que le système de soins de santé fonce vers les nouvelles technologies qui permettront de faire des choses incroyables dans un hôpital, mais il ne faut pas oublier que le patient passe la majeure partie de sa convalescence chez lui et dans la collectivité. Il faut que toutes les mesures pour soutenir une personne soient en place, surtout lorsque la personne est malade et risque de devoir composer avec de multiples problèmes de santé.

Donc, je suis d'accord. Vous avez été chanceux que votre assurance couvre en partie les coûts de votre programme de soins à domicile ici en Ontario. Beaucoup de personnes n'ont pas cette chance. S'ils n'ont plus accès aux soins à domicile, alors c'est fini. C'est à ce moment-là qu'on voit la personne atteindre sa limite, et la famille dit : « Maman ne peut plus se débrouiller, nous nous inquiétons pour elle, j'ai peur qu'elle tombe. »

Je reçois au travail des appels téléphoniques semblables chaque jour de la part de personnes qui me demandent ce qu'elles peuvent faire. Notre système financé par les deniers publics est le principal fondement des soins de santé.

Senator Mercer: I am a recent expert on knee surgery. Major knee surgery takes about four to five days from the day of the operation to the time they are out of the hospital, unless, of course, they screw it up like I did.

It seems to me that there is too much focus on the curing as opposed to the caring aspect.

I want to go to the issue of diversity that was mentioned.

I was interested in what you talked about, the Hamilton Council on Aging. I wanted to relate this fact to you. I think it would pertain particularly to a metropolitan city like Hamilton.

The percentage of immigrant seniors that speak neither official language has risen over time from 4 per cent who arrived before 1961 to 50 per cent who arrived between 1991 and 2001.

For those of us who do not understand the problem, 50 per cent of our seniors speak languages other than English or French, and we continue to produce materials in English and French. We must do that, but we, in government, need to find a way to help agencies translate materials into Punjabi, Mandarin, Italian, Hungarian or whatever language might be needed in the community.

Has there been any help for you, Ms. Rosenthal, to translate those materials?

Ms. Rosenthal: In a word, no.

Senator Mercer: I knew the answer.

Ms. Rosenthal: For the new immigrant groups that you refer to, part of our challenge is that these groups are not from Western Europe or even Eastern Europe. They are from areas of the world that have been relatively unknown to many of us, to many people in the service professions. There are not only language differences, but cultural differences.

Sensitizing all of us and people who are working in the community with these groups — cultural sensitivity — is an important issue. We are making efforts to disseminate what we learn through workshops and so on. We are planning to do that as we go along.

However, it is not only translating. We need advice on whether we are stepping over a boundary that will put people off. These issues that we need to deal with are challenging.

Senator Mercer: You are absolutely right that there are cultural and religious boundaries that we may step over inadvertently in our attempt to serve people. However, do you agree though it would be easier for people in those communities to respond if at

Le sénateur Mercer : Je suis dernièrement devenu un expert concernant les interventions chirurgicales au genou. Une intervention importante du genou prend environ cinq jours, à partir de l'intervention jusqu'au moment où le patient sort de l'hôpital; à moins, bien sûr, qu'il gâche tout comme je l'ai fait.

Il me semble qu'on met trop l'accent sur la guérison, au détriment des soins.

J'aimerais aborder la question de la diversité qui a été mentionnée.

J'étais intéressé par ce que vous avez dit au sujet du Conseil sur le vieillissement de Hamilton. Je voulais vous en faire part. Je crois qu'il est particulièrement pertinent pour une ville métropolitaine comme Hamilton.

Le pourcentage des immigrants du troisième âge qui ne parlent ni l'une ni l'autre des langues officielles est passé, au fil des années, de 4 p. 100, chez ceux qui sont arrivés avant 1961, à 50 p. 100, chez ceux qui sont arrivés entre 1991 et 2001.

Pour ceux qui ne comprennent pas le problème, 50 p. 100 de nos aînés parlent des langues autres que l'anglais ou le français, et nous continuons à rédiger notre matériel en anglais et en français. Nous devons le faire, mais nous, au gouvernement, devons trouver une façon d'aider les organismes à traduire le matériel en panjabi, en mandarin, en italien, en hongrois ou je ne sais en quelle langue qui pourrait être en demande dans la collectivité.

Avez-vous eu de l'aide, madame Rosenthal, pour traduire le matériel?

Mme Rosenthal : En un mot : non.

Le sénateur Mercer : Je connaissais déjà la réponse.

Mme Rosenthal : Pour les nouveaux groupes d'immigrants auxquels vous faites allusion, la difficulté tient en partie au fait que ces groupes ne sont pas originaires de l'Europe de l'Ouest, ni même de l'Europe de l'Est. Ils sont originaires d'endroits du monde assez méconnus par beaucoup d'entre nous, par beaucoup des gens qui exercent des professions du domaine de la prestation de services. Les différences ne se limitent pas à la langue; elles sont aussi d'ordre culturel.

La sensibilisation de tous, surtout des gens qui travaillent dans la collectivité auprès de ces groupes — la sensibilité culturelle — est une question importante. Nous déployons des efforts pour transmettre nos connaissances par le truchement d'ateliers, entre autres. Nous prévoyons faire cela à mesure que nous avançons.

Toutefois, ce n'est pas seulement une question de traduction. Nous avons besoin de conseils pour nous indiquer si nous franchissons une limite qui risque de rebuter les gens. Ces questions que nous devons aborder sont difficiles.

Le sénateur Mercer : Vous avez absolument raison : il existe des limites culturelles et religieuses que nous risquons de franchir par inadvertance lorsque nous tentons de servir les gens. Toutefois, n'êtes-vous pas d'accord pour dire qu'il serait plus

least the material we have was in the language of their choice or the language they understand, so we can deal with the cultural boundaries?

This country continues to change, because people insist on coming here to enjoy this country, and that is what makes the place so great.

Ms. Rosenthal: We need to translate things. I think for translation, we need someone who understands the language, so hopefully we can build in a consultation about whether something needs a minor change in some way to be successful in that particular case.

Yes, access to funds for translation is important.

Senator Mercer: Perhaps, we could have centralized translation provided on a regional or provincial basis so that, say you wanted something translated into Punjabi, somebody would translate it into Punjabi but at the same time, perhaps vet it for cultural nuances that we might not be aware of.

Ms. Rosenthal: One challenge in dealing with these new communities is that, because they are new, they often are not highly organized the way the more established communities are, for example, the Ukrainian community or the Italians in Ontario.

I think it is a terrific idea to have somewhere to go for help with these things.

Senator Mercer: We have heard a number of times on this committee that the number of new Canadians who come here and do not understand our public pension system and then, as they work through their working lives, do not take care of themselves financially as many other Canadians do, by contributing to retirement savings plans, et cetera, and private pension funds. We have gone from the health issue to the financial issue, which leads to health issues.

Ms. Walker, you talked about the volunteer aspect. You talked about the declining number of volunteers. I have worked in the volunteer sector all my life.

We talked about the tax credit for volunteers. Number one, I think a volunteer hour is worth a hell of a lot more than a dollar an hour.

As a person who has run a few charities in my day and tried to measure the volunteer input that we had, and it has been absolutely terrific, I do not know how, as the manager of that charity, I could put a value on the contribution and then gauge the number of hours that you may have donated, that Ms. Tooley may have donated, or that Mr. Frank donated.

How do you qualify and quantify? My real problem is that as soon as the government becomes involved, it will be screwed up. So we must keep it simple. How do we do that? How do we make it simple enough that it allows the charity to encourage more volunteers and allows the volunteer to receive that recognition that the volunteer rightly deserves?

facile pour les gens de ces communautés de répondre si notre matériel était dans la langue de leur choix ou dans une langue qu'ils comprennent, pour que nous puissions nous attaquer au problème des frontières culturelles?

Le pays continue à changer, parce qu'on insiste pour venir ici afin d'en profiter, et c'est pourquoi cet endroit est si merveilleux.

Mme Rosenthal : Il faut traduire. Je crois que, pour la traduction, nous devons faire appel à quelqu'un qui comprend la langue, et idéalement, nous pourrions entreprendre un processus de consultation pour déterminer si quelque chose doit être légèrement modifié pour être adapté à un cas particulier.

Oui, l'accès au financement pour la traduction est important.

Le sénateur Mercer : Peut-être qu'un organisme central pourrait assurer la traduction pour chaque région ou chaque province afin que, si vous voulez faire traduire quelque chose en panjabi, disons, quelqu'un puisse le faire, mais en même temps, peut-être l'examiner pour y déceler des nuances culturelles que nous pouvons ignorer.

Mme Rosenthal : L'un des défis à relever à l'égard de ces communautés, c'est que, puisqu'elles sont nouvelles, elles sont rarement aussi bien organisées que celles qui sont mieux établies, comme la communauté ukrainienne ou italienne en Ontario.

Je pense qu'il s'agit d'une idée merveilleuse que de pouvoir s'adresser à quelqu'un pour obtenir de l'aide avec ces questions.

Le sénateur Mercer : Nous avons souvent entendu parler, dans le cadre du comité, du nombre de nouveaux Canadiens qui arrivent et ne comprennent pas notre régime de pension gouvernementale et, pendant toutes leurs années de travail, ne s'occupent pas de leurs finances, à l'instar de beaucoup d'autres Canadiens, en cotisant à un régime d'épargne-retraite entre autres, et à un régime de retraite privé. Nous sommes passés de la question de la santé à la question des finances, qui mène aux problèmes de santé.

Madame Walker, vous avez parlé du bénévolat. Vous avez parlé de la diminution du nombre de bénévoles. J'ai œuvré dans le secteur bénévole toute ma vie.

Nous avons parlé des crédits d'impôt pour les bénévoles. Tout d'abord, je crois qu'une heure de bénévolat vaut pas mal plus qu'un dollar l'heure.

J'ai dirigé quelques organismes de charité dans mon temps, et j'ai tenté de mesurer la contribution des bénévoles, et celle-ci était absolument grandiose; j'ignore comment, à titre de gestionnaire de l'organisme, je pourrais mettre un chiffre sur la contribution, puis mesurer le nombre d'heures que chacun a données, que Mme Tooley aurait pu donner, ou que M. Frank a données.

Comment qualifier et quantifier cela? Mon vrai problème est le suivant : dès que le gouvernement commence à participer, tout est gâché. Il ne faut donc pas compliquer les choses. Comment y arriver? Comment faire en sorte que le processus soit assez simple pour permettre à l'organisme de charité d'encourager de nouveaux bénévoles et permettre aux bénévoles de recevoir la reconnaissance qui leur revient?

Ms. Walker: That is a good question. In the volunteer sector, they are looking at approximately \$16 as the rate for a volunteer hour of service. That may have increased because this number is from previous years.

I do not know how it can be prorated for a tax credit, but I am sure there are lots of people in the volunteer sector who could make recommendations. I would be pleased to talk to some of my colleagues and bring back a comment on that particular issue.

Senator Mercer: I appreciate that. You can forward it to us through the clerk. I am anxious to have that kind of feedback because the problem is huge.

Senator Chaput: My questions will be brief.

My first question is a supplementary question to the issue that Senator Mercer has discussed with you. It is in regard to the volunteers and how we can come up with something that will show that we appreciate volunteers, and to encourage them to do even more volunteer work or have new ones.

One possibility is an income tax receipt for hours done. This approach is complicated; it will not be easy to measure or to manage. Another possibility, and I want to know your ideas on this suggestion, is a reimbursement of expenses in that volunteers receive monies to pay for transportation and meals, or a per diem for their volunteer work, an amount of money per day that is not taxable. The approach is the opposite to a tax receipt.

What do you think, Ms. Walker?

Ms. Walker: That is an interesting idea. We already provide a certain reimbursement. For our Meals-on-Wheels drivers to deliver meals in this Welland community, we give them \$6.50 for their delivery of ten client meals. We provide reimbursement mileage for our volunteers who offer transportation to medical appointments and social activities that the seniors go to.

We have an annual volunteer appreciation dinner, but a taxable per diem rate might be an interesting concept.

Senator Chaput: Are there any comments on that idea from any of the other presenters?

Patricia Tooley, Program Manager, Community Support Services of Niagara: I also think the idea is a good one. One concern we have for transportation, for example, is that the reimbursement that we provide for our volunteer drivers is the amount that the client is charged for the transportation. We look at the issue seriously, balancing a fair reimbursement for our volunteers' mileage against the cost for the client, the ability for the client to pay. Every increase must be looked at.

Mme Walker : C'est une bonne question. Dans le secteur bénévole, on songe à établir le taux d'une heure de service bénévole à environ 16 \$. Cela peut avoir augmenté, car ce chiffre date de quelques années.

J'ignore comment on peut l'adapter à un crédit d'impôt, mais je suis certaine que beaucoup de gens du secteur bénévole seraient en mesure de formuler des recommandations. Je me ferais un plaisir de parler à certains de mes collègues et de vous transmettre un commentaire sur cette question.

Le sénateur Mercer : Merci. Vous pouvez nous transmettre cette information par l'entremise du greffier. J'ai hâte d'obtenir ce genre de rétroaction, parce que j'ai l'impression que le problème est de taille.

Le sénateur Chaput : Ma question sera brève.

Ma première question se rattache au sujet dont vous avez discuté avec le sénateur Mercer. C'est au sujet des bénévoles et de la manière dont nous pouvons leur manifester notre appréciation et les encourager à faire encore plus de bénévolat ou recruter de nouveaux bénévoles.

Une solution serait la remise d'un reçu pour fins d'impôt indiquant le nombre d'heures de bénévolat. Cette démarche est compliquée; elle ne sera pas facile ni à mesurer ni à gérer. Une autre possibilité, et j'aimerais avoir votre idée sur cette proposition, consiste à rembourser les dépenses : les bénévoles recevraient de l'argent pour payer leur transport et leurs repas, ou une indemnité journalière pour leur bénévolat, un montant d'argent par jour qui n'est pas imposable. Cette démarche est le contraire d'un reçu aux fins de l'impôt.

Qu'en pensez-vous, madame Walker?

Mme Walker : C'est une idée intéressante. Nous offrons déjà un remboursement dans une certaine mesure. À nos conducteurs de la popote roulante qui livrent des repas dans la ville de Welland, nous offrons 6,50 \$ pour la livraison de dix repas client. Nous remboursons les déplacements des bénévoles qui offrent un transport aux gens qui se rendent chez le médecin ou à des activités sociales réservées aux aînés.

Chaque année, nous tenons un dîner d'appréciation des bénévoles, mais une indemnité journalière imposable pourrait être un concept intéressant.

Le sénateur Chaput : Les autres témoins auraient-ils des commentaires sur cette idée?

Patricia Tooley, gestionnaire de programme, Services de soutien communautaire de Niagara : Je crois aussi que c'est une bonne idée. L'un des soucis liés au transport, par exemple, c'est que le remboursement que nous offrons à nos conducteurs bénévoles correspond au montant que doit déboursier le client pour profiter du service. Nous nous penchons sérieusement sur la question, et nous tentons d'atteindre un équilibre entre un remboursement équitable selon le kilométrage et le coût qui incombe au client, ainsi que sa capacité de payer. Il faut surveiller toute augmentation.

Senator Mercer, you made a comment on a bus pass and I think a pass is an excellent idea. One thing that we find here in the Welland office, which has bus service although part of our areas do not, is that many of our clients will use our service in the winter because it is difficult for them to go to a bus stop over ice or snow, but as soon as the good weather comes again, then they stop using our service. Our agency allows people to go on and off that way. That saves the client money, but it also frees up a volunteer driver to provide transportation for someone that cannot use the bus. It would make an excellent combination.

Senator Chaput: I have one last brief question regarding volunteers. I believe one of our witnesses said that at one of our meetings — but we have had so many comments regarding volunteers — that lower-income persons tend to volunteer less because they do not have the means to go to the place. They do not have the means to do the things they would like to because they do not have money to buy clothes and that type of thing.

Have you ever seen such a situation? I am not sure if that is true.

Ms. Walker: I can agree with that statement because it costs volunteers money to volunteer. They drive to clients' homes, visit with the client, then drive back home. They come into the office to deliver meals. They receive a small stipend for the travel, but there is still a lot of travel involved. Our board of directors comes in and they do not put any mileage in at all.

Senator Chaput: They end up disbursing money too when they are a volunteer, over and above the time that they contribute.

Ms. Walker: That is right. Volunteer agencies do not have the money to reimburse volunteers for all their expenditures.

The Chair: Thank you all for joining us today. It was informative. As I told the previous panel, I hope you will see some, if not all, your ideas reflected in our final report in September.

The committee adjourned.

WELLAND, Ontario, Friday, May 9, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:01p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (Chair) in the chair.

Sénateur Mercer, vous avez fait un commentaire concernant un laissez-passer d'autobus, et je crois que le laissez-passer est une excellente idée. Une des choses que nous constatons dans le bureau de Welland, qui dispose d'un service d'autobus — ce qui n'est pas le cas de toutes les régions — c'est que beaucoup de nos clients recourent à notre service en hiver, car ils ont de la difficulté à se rendre à un arrêt d'autobus lorsqu'il y a de la glace ou de la neige, mais dès le retour du beau temps, ils cessent d'utiliser notre service. Notre organisme permet aux gens d'aller et de venir de cette façon. Cette souplesse permet au client d'épargner de l'argent, en plus de libérer un conducteur bénévole qui offre un transport aux personnes qui ne peuvent pas utiliser l'autobus. Ce serait une excellente combinaison.

Le sénateur Chaput : J'ai une dernière question au sujet des bénévoles. Je crois que l'un de nos témoins a dit, dans le cadre de l'une de nos réunions — mais nous avons eu tellement de commentaires au sujet des bénévoles — que les personnes à faible revenu avaient moins tendance à faire du bénévolat, parce qu'elles n'ont pas les moyens de se rendre à l'endroit. Elles n'ont pas les moyens de faire ce qu'elles aimeraient, car elles n'ont pas d'argent pour acheter des vêtements et ce genre de choses.

Avez-vous déjà observé une telle situation? Je ne sais pas si c'est vrai.

Mme Walker : J'approuve ce commentaire, car les bénévoles doivent dépenser de l'argent pour faire du bénévolat. Ils se rendent au domicile des clients, offrent un transport au client, puis reviennent chez eux. Ils se rendent au bureau pour distribuer des repas. Ils reçoivent une petite allocation pour le déplacement, mais le travail en suppose beaucoup. Notre conseil d'administration vient sur place, et ne déclare jamais ses déplacements.

Le sénateur Chaput : Ils finissent par déboursier des frais, dans le cadre de leur bénévolat, en plus du temps qu'ils consacrent.

Mme Walker : C'est vrai. Les organismes bénévoles n'ont pas d'argent pour rembourser toutes les dépenses des bénévoles.

La présidente : Merci à tous de vous être joints à nous aujourd'hui. C'était très éclairant. Comme j'ai dit aux témoins précédents, j'espère que vous verrez certaines de vos idées, voire toutes, reflétées dans notre rapport final de septembre.

La séance est levée.

WELLAND, Ontario, le vendredi 9 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 1, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (présidente) occupe le fauteuil.

[English]

The Chair: Honourable senators, members of the public, welcome back to the meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. We are here in Welland this afternoon to hear from interested parties on the impacts of an aging society and, more specifically, to hear their views on our second interim report tabled in the Senate on March 11. We look forward to this afternoon's testimony as it will no doubt help us in our deliberations for our final report.

I notice that some people in the audience have been with us all morning as well as this afternoon. I want to remind you that at four o'clock we will have some walk-ons, and if any of you would like to come to the microphone to tell your story, you are more than welcome to do so then.

For our first panel, we have Ms. Thelma McGillivray, from the Older Women's Network, and Ms. Christine Mounstevan and Ms. Sylvia Hall, representing Canadian Pensioners Concerned Incorporated. On behalf of my colleagues, I welcome you all.

Thelma McGillivray, Past Chair, Older Women's Network: Good afternoon and thank you for the invitation to speak to your panel today on the concerns of older adults. We met Senator Mercer yesterday, so I am pleased to see him again.

I am wearing three hats here today, as the past chair of the Older Women's Network and a part of the Ontario Seniors' Secretariat Liaison Committee, as the president of the Provincial Council of Women of Ontario and as the convenor of seniors' issues for the National Council of Women of Canada.

As background, the National Council of Women of Canada, NCWC, was formed in 1893 under Lady Ishbel Aberdeen, the wife of the first Governor General in Canada. At the present, our honorary patron is the Governor General, Michaëlle Jean. The Provincial Council of Women of Ontario was formed in 1923, and our honorary patron is the Lieutenant Governor of Ontario, David Onley.

Lady Aberdeen, a member of the International Council of Women, began the National Council of Women of Canada to address the many urgent social concerns of the day: poverty, unclean water, child labour and the plight of incarcerated women and children, to name a few. Councils of women were founded across Canada, in provinces and in cities, and continue the social reform to this day.

The Provincial Council of Women, known as PCWO, was founded 85 years ago. NCWC and PCWO members in their local councils identify issues in their communities and, after lengthy study, write resolutions that, once ratified at our general

[Traduction]

La présidente : Honorables sénateurs et membres du grand public, je vous souhaite la bienvenue à cette séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité examine les incidences du vieillissement de la société canadienne. Nous sommes aujourd'hui à Welland et nous entendrons des parties qui s'intéressent aux incidences du vieillissement de la société afin, plus particulièrement, de connaître leur point de vue sur notre deuxième rapport provisoire présenté au Sénat le 11 mars. Nous avons hâte d'entendre les témoignages de cet après-midi puisqu'ils nous aideront certainement dans nos discussions en vue de la rédaction de notre rapport final.

Je souligne que certaines personnes, dans l'assistance, sont avec nous depuis ce matin. J'aimerais vous rappeler que, à 16 heures, nous entendrons quelques témoins de dernière minute, et que si vous souhaitez vous présenter au micro pour raconter votre histoire, nous serons très heureux de vous entendre.

Pour le premier tour de table, nous entendrons Mme Thelma McGillivray, du Older Women's Network, de même que Mmes Christine Mounstevan et Sylvia Hall, de la Corporation canadienne des retraités intéressés. Je vous souhaite la bienvenue à toutes, en mon nom et au nom de mes collègues.

Thelma McGillivray, ancienne présidente, Older Women's Network : Bonjour, et merci de nous avoir invitées à venir vous parler aujourd'hui des préoccupations des femmes âgées. Nous avons rencontré le sénateur Mercer hier, et c'est un plaisir de le revoir aujourd'hui.

Je me présente devant vous à trois titres : celui d'ancienne présidente du Older Women's Network of Ontario et membre du Secrétariat du Comité de liaison avec les personnes âgées de l'Ontario; celui de présidente du Conseil provincial des femmes de l'Ontario et celui de responsable des enjeux des personnes âgées pour le Conseil national des femmes du Canada.

Voici quelques renseignements généraux. Le Conseil national des femmes du Canada a été formé en 1893 sous l'égide de Lady Ishbel Aberdeen, l'épouse du premier gouverneur général du Canada. Notre patronne d'honneur aujourd'hui est la Gouverneure générale actuelle, l'honorable Michaëlle Jean. Le Conseil provincial des femmes de l'Ontario a été formé en 1923 et notre patron honoraire est le lieutenant-gouverneur, l'honorable David Onley.

Lady Aberdeen, qui était membre du Conseil international des femmes, souhaitait que le Conseil national des femmes du Canada s'occupe des nombreuses préoccupations sociales pressantes du temps : la pauvreté, l'insalubrité de l'eau, le travail des enfants, et la situation lamentable des femmes incarcérées et de leurs enfants, pour n'en nommer que quelques-unes. Les Conseils des femmes ont été fondés d'un bout à l'autre du Canada, dans les provinces et dans les villes, pour poursuivre cette réforme sociale jusqu'à nos jours.

Le Conseil provincial des femmes de l'Ontario, le CPFO, a été fondé il y a 85 ans. Les membres du CNFC et du CPFO établissent les enjeux de leurs collectivités dans les conseils locaux et, après les avoir étudiés soigneusement, rédigent des résolutions

meetings, become policy. An annual brief is presented to both levels of government containing our resolutions. We feel privileged to meet with the elected members of Parliament to dialogue with them about these issues. Many of our resolutions have been endorsed into legislation, for which we are very proud.

The Older Women's Network, OWN, was founded in 1988 and will celebrate its twentieth anniversary this year. Funded by the Women's Program of the Secretary of State in Ottawa, OWN presented a series of public forums. We were overwhelmed with the attendance of almost 500 women, attracted to the Women in Limbo session, referring to those between the ages of 55 and 65.

Other forums were held, and in 1997 the Needs Assessment of Older Women was completed. Based on 800 questionnaires, four major categories of needs emerged: economic security; health and caregiving; housing and community; and transportation and mobility.

At the same time, OWN was working on the Study of Shelter Needs of Abused Older Women, funded by the Ontario Women's Directorate. The study examined the priority needs and service gaps for abused older women and reviewed the existing shelter services. It found that the needs of older abused women are unique, particularly with regard to safety, accessibility and health issues. These findings made a dramatic change in the way services were offered to older women.

A special committee on housing also met for nine to ten years, and in 1997 the dream came true. The Older Women's Housing Co-operative officially opened on The Esplanade in Toronto, the last co-operative building to be built in Ontario. Of course, those were the days when senior governments were still in the business of providing social housing, and OWN worked closely with the Ministry of Housing.

OWN had to cope with many attempts to cancel the project. The greatest threat came from the Harris government, which halted all social housing projects as part of its reform on social programs. As OWN's project had already begun, with the City of Toronto paying for the removal of all contaminated soil on the site, which was another victory, the women were traumatized by the threat of losing their hope for affordable housing. A protest demonstration was organized at the site. Women walked with their walkers, pushed their wheelchairs and marched with banners and shouts and speeches and received much media coverage.

Never underestimate the power of older women! The project was allowed to proceed, the last social housing built in Toronto. The OWN building is now a model of multi-ethnic, multi-racial, multi-aged, non-sexist community, with an award winning roof

qui deviennent des politiques après avoir été ratifiées à nos assemblées générales. Nous présentons un mémoire annuel contenant nos résolutions aux deux paliers de gouvernement. Nous nous sentons privilégiées de rencontrer les députés pour dialoguer avec eux de ces enjeux. Un grand nombre de nos résolutions ont été appuyées et intégrées à la loi. Nous en sommes très fières.

Le Older Women's Network a été fondé en 1988 et célébrera son 20^e anniversaire cette année. Par l'entremise du financement du Programme de promotion de la femme du Secrétariat d'État à Ottawa, OWN avait présenté une série de forums publics. Nous avons été renversées par la participation de presque 500 femmes, attirées à la séance que nous avons appelée « Femmes dans les limbes » [traduction], pour les femmes de 55 à 65 ans.

D'autres forums ont été organisés et, en 1997, nous avons élaboré « l'évaluation des besoins des femmes âgées ». Sur la base des réponses à 800 questionnaires, les quatre grandes catégories de besoins qui ont émergé étaient : la sécurité économique; la santé et les soins à dispenser; le logement et la communauté; et le transport et la mobilité.

En même temps, OWN travaillait à une « étude sur les besoins de refuge pour les femmes âgées victimes de violence » financée par la Direction générale de la condition féminine de l'Ontario. L'étude examinait les besoins prioritaires et les lacunes des services offerts aux femmes âgées victimes de violence, examinant aussi les services de refuge existants. Il en est ressorti que les besoins des femmes âgées victimes de violence sont particuliers, spécialement en matière de sécurité, d'accessibilité et de santé. Ces constatations ont changé radicalement la façon dont les services étaient offerts aux femmes âgées.

Un comité spécial sur le logement s'est également réuni pendant dix ans, et le rêve s'est réalisé en 1997 : la Older Womens' Housing Co-operative a ouvert officiellement sur The Esplanade, à Toronto. Il s'agit du dernier immeuble coopératif à avoir été construit en Ontario. Évidemment, c'était le temps où les gouvernements supérieurs offraient encore du logement social et OWN travaillait en collaboration étroite avec le ministère du Logement.

OWN a dû affronter beaucoup de tentatives d'annuler le projet. La plus grande menace est venue du gouvernement Harris, qui a stoppé tous les projets de logements sociaux dans sa réforme des programmes sociaux. Le projet de OWN étant déjà entrepris, et la ville de Toronto payait l'enlèvement de tous les sols contaminés sur le site, une autre victoire, et les femmes ont été traumatisées par la menace de perdre leur espoir de logement abordable. Une manifestation de protestation a été organisée sur le site. Les femmes sont venues avec leurs marchettes, elles ont poussé leurs fauteuils roulants et marché avec des bannières, des slogans et des discours et elles ont reçu beaucoup d'attention des médias.

Ne sous-estimez jamais le pouvoir des femmes âgées! On a laissé le projet se poursuivre, le dernier logement social construit à Toronto. L'immeuble de OWN est maintenant un modèle de communauté multi-ethnique, multi-raciale, multi-âge, non sexiste

garden, supportive housing services through Dixon Hall, and a lively social and supportive community life — a dream enlarged indeed in the doing.

In the fall of 1999, OWN undertook the Housing Factor project, funded by Status of Women Canada, which investigated the current availability of and need for affordable and accessible housing for mid-life and older women. The areas covered were Hamilton-Wentworth, Toronto, Ottawa-Carleton, West Parry Sound District and the Municipality of Tweed. More than 1,200 women filled out questionnaires. An overwhelming majority of these women wanted the option to grow older in their own homes and communities. Financial concerns dominated all other factors regarding housing availability. Other major concerns were transportation and mobility. The respondents cited all three levels of government as the most serious obstacles to the provision of housing for mid-life and older women. The report, published in 2000, has been widely distributed to government ministries, community groups and housing advocates.

The Study of the Economic (In)Security of Mid-Life Women investigated the needs of women in Toronto, Kitchener-Waterloo, Hamilton, Peterborough and Sudbury. Phase I, as it is called, concluded that the quality of life for older women was directly related to the economic security of women in mid-life, ages 45 to 64. Mid-life is the last opportunity to prepare for the economic requirements of old age. The ability of mid-life women to rebound from shock and trauma due to illness, loss of a job, loss of a husband, or violence is as important as financial planning for a secure future.

Phase II, Community Capacity Building, focused on the creation of action plans to enhance stability in women's lives. It reviewed the recommendations and demystified the strategies required to advocate for change through community development in the four cities. The Kitchener-Waterloo group got women involved in elections. Peterborough expanded their core group with workshops and some housing. In Sudbury, the priorities are health care, income security, housing, transportation and elder abuse, the very same issues that have been at the core of OWN's mission. Health Canada funded this project, which resulted in a DVD that was presented to Minister Jean Augustine of Status of Women Canada.

A further study, Impacts of the Aging Process of Mid-Life Women, to determine emerging health issues of vulnerable mid-life women in Toronto, Peterborough and Sudbury was the last project OWN completed in 2003.

As well as providing valuable information, all these studies and projects helped raise the image of OWN throughout Canada. Requests for OWN's reports have come from all over the world. These projects fulfill a number of OWN mandates. They connect

avec une toiture-jardin primée, des services de soutien du logement par l'entremise de Dixon Hall et une vie communautaire et sociale dynamique où on trouve de l'appui. Un rêve élargi qui a pris vie.

À l'automne 1999, OWN a entrepris le projet Housing Factor financé par Condition féminine Canada, qui a examiné la disponibilité courante du logement abordable et accessible, et le besoin d'un tel logement, pour les femmes d'âge moyen et les femmes âgées. Les secteurs couverts étaient Hamilton-Wentworth, Toronto, Ottawa-Carleton, le district de West Parry Sound et la municipalité de Tweed. Plus de 1 200 femmes ont répondu au questionnaire. La majorité écrasante de ces femmes désiraient avoir l'option de vieillir chez elles et dans leur collectivité. Les préoccupations financières liées à la disponibilité du logement l'emportaient sur tous les autres facteurs. Les autres grandes préoccupations étaient le transport et la mobilité. Les répondantes ont indiqué que les trois paliers de gouvernement étaient les obstacles les plus sérieux à la prestation de logement aux femmes d'âge moyen et aux femmes âgées. Le rapport diffusé en 2000 a été distribué à grande échelle aux ministères, aux groupes communautaires et aux défenseurs des droits au logement.

L'étude sur la sécurité (l'insécurité) économique des femmes d'âge moyen a examiné les besoins des femmes à Toronto, Kitchener-Waterloo, Hamilton, Peterborough et Sudbury. La phase I a conclu que la qualité de vie des femmes âgées était liée directement à la sécurité économique des femmes d'âge moyen (45 à 64 ans). L'âge moyen est la dernière chance de se préparer pour les exigences économiques du vieillissement. La capacité des femmes d'âge moyen de se relever des chocs et des traumatismes (maladie, perte d'emploi, perte du conjoint, violence, et cetera.) est aussi importante que la planification financière pour un avenir sûr.

La phase II, « développement des capacités communautaires », était concentrée sur la création de plans d'action destinés à accroître la stabilité de la vie des femmes. Elle examinait les recommandations et démystifiait les stratégies requises pour changer les choses par l'entremise du développement communautaire dans les quatre villes visées. Le groupe de femmes de Kitchener-Waterloo a fait participer les femmes aux élections. Celui de Peterborough s'est élargi en organisant des ateliers. À Sudbury, les priorités sont les soins de santé, la sécurité du revenu, le logement, le transport et la violence envers les personnes âgées. Ce sont aussi les enjeux centraux de la mission de OWN. Santé Canada a financé ce projet, qui a donné lieu à la création d'un DVD qui a été présenté à l'honorable Jean Augustine, secrétaire d'État (Situation de la femme).

OWN a complété son dernier projet en 2003, une étude sur les incidences du processus de vieillissement des femmes d'âge moyen pour déterminer les problèmes de santé nouveaux des femmes d'âge moyen vulnérables à Toronto, Peterborough et Sudbury.

Tout en fournissant de l'information précieuse, tous ces projets et ces études ont donné une bonne image à OWN dans tout le Canada. Les rapports de OWN ont été demandés par des intéressés du monde entier. Ces projets réalisent un certain

OWN to the wider communities of mid-life and older women, which raised our profile, increased our membership and helps to establish and solidify OWN's chapters in Hamilton, Toronto, Peterborough and a contact in Ottawa.

OWN receives no funding except for its membership and donations. OWN launched a women's reference library open to members and guests funded by a generous bequest of a founding OWN member. Of great concern, however, and I am sure it is not the first time you have heard this, after 20 years, women are growing older and less capable of carrying on the work of OWN without the energy and vigour of younger older women. This is the challenge for the future.

These studies and insights are guided by the principles of gender and diversity analysis. Gender analysis recognizes the systemic inequality between women and men in society. Diversity analysis recognizes that different populations, including immigrant women and refugee women, have particular social, cultural and economic experiences that may require particular policy responses from our governments.

Both gender and diversity analyses require gathering qualitative and quantitative data, questioning basic assumptions and developing an understanding of how socio-economic factors affect populations of women and men differently. When applied to the policy process, both gender and diversity analyses begin from the recognition of these different social and economic realities and factor this recognition into the assessment of proposed and existing policies, programs and legislation.

Further, the view is that health is determined by the interaction of a range of factors, including individual characteristics; physical environments; and social, economic and cultural factors.

Here are our issues and concerns. The Provincial Council of Women of Ontario has had policy on the needs of senior citizens since 1977, beginning with senior citizens' housing, to seniors aged 60 to 65 on social assistance. OWN's studies on economic security, Phase I and Phase II, clearly address that women as a select group are at a particular risk of poverty. This inequity is true for any indicator of age, income, family status or ethnicity. By the numbers, women are poorer than men — not to deny that there are poor men — and this bodes badly for the future generations as they also age.

This is due to a number of often repeated factors: women's lower earnings throughout their lifetime, child-rearing responsibilities and lack of a national child care program, coupled with traditional patterns of paid and unpaid work reflecting lower incomes in retirement. Recent statistics show pension benefits for new retirees were on average \$335 for women compared to \$527 monthly for men. The statistics are even

nombre des mandats de OWN. Ils assurent le maillage de OWN avec les grandes communautés de femmes d'âge moyen et de femmes âgées qui ont renforcé notre profil, accru le nombre de nos membres et aidé à établir et à solidifier les sections de OWN à Hamilton, Toronto, Peterborough et un contact à Ottawa.

OWN ne reçoit pas de financement autre que les cotisations de ses membres et des dons. OWN a lancé une bibliothèque de référence féminine ouverte aux membres et financée par un legs personnel généreux d'une membre fondatrice de OWN. La grande inquiétude est toutefois qu'après 20 ans, les femmes vieillissent et deviennent moins capables de poursuivre le travail de OWN sans l'énergie et la vigueur d'autres femmes âgées, mais plus jeunes. Voilà le défi de l'avenir.

Ces études et ces points de vue sont guidés par les principes de l'analyse axée sur la sexospécificité et la diversité. L'analyse sexospécifique reconnaît l'inégalité systémique entre les femmes et les hommes dans la société; l'analyse axée sur la diversité reconnaît que des populations différentes — y compris les immigrantes et les réfugiées — ont des expériences sociales, culturelles et économiques particulières qui peuvent exiger des politiques particulières de nos gouvernements pour elles.

L'analyse sexospécifique et l'analyse axée sur la diversité supposent la collecte de données qualitatives et quantitatives, la remise en question des hypothèses de base et la compréhension de la façon dont les facteurs socioéconomiques affectent les femmes et les hommes différemment. Dans le processus d'établissement de politiques, l'analyse sexospécifique et l'analyse axée sur la diversité commencent par la reconnaissance de ces réalités sociales et économiques différentes et intègrent cette reconnaissance dans l'évaluation des politiques, des lois et des programmes qui existent et qui sont proposés.

On tient compte aussi du fait que la santé est déterminée par l'interaction d'une gamme de facteurs, y compris les caractéristiques individuelles, les milieux physiques et les facteurs sociaux, économiques et culturels.

Voici maintenant nos enjeux et nos préoccupations. Le Conseil provincial des femmes de l'Ontario possède une politique sur les besoins des personnes âgées depuis 1977, en commençant par les « besoins de logement des personnes âgées » jusqu'aux « personnes âgées de 60 à 65 ans qui vivent de l'aide sociale ». La phase I et la phase II des études de OWN sur la sécurité économique indiquent clairement que les femmes en tant que groupe sont particulièrement exposées à la pauvreté. Cette injustice est vraie pour tous les indicateurs d'âge, de revenu, de situation de famille ou d'origine ethnique. Statistiquement, les femmes sont plus pauvres que les hommes (on ne saurait nier qu'il y a des hommes pauvres), et cela augure mal pour les générations futures qui vieillissent elles aussi.

Cela découle d'un certain nombre de facteurs souvent mentionnés : les revenus moins élevés des femmes au cours de leur vie, les responsabilités de l'éducation des enfants et l'absence de programme national de garderies, qui s'ajoutent aux modèles traditionnels de travail rémunéré et non rémunéré qui expliquent les revenus moins élevés à la retraite. Les dernières statistiques indiquent que les prestations mensuelles de retraite des personnes

bleaker for Aboriginal populations, for only 4 per cent of Aboriginals live to the age of 65 or older, yet Aboriginals have the highest fertility rates in Canada.

We do ask that persons aged 60 to 65 in need of financial assistance automatically qualify for adequate financial support until they are gainfully employed or reach age 65. We want to see legislation enacted to ensure that these persons are supported. The only work available for many people aged 60 to 65 is minimum wage work in service or manufacturing places that require long hours of standing or lifting, work requirements that this age group are often unable to perform due to some physical impairments that accompany the aging process.

It has been found that a high number of seniors are not accessing the Guaranteed Income Supplement, GIS, that they have a right to, due to many factors including language and literacy challenges, a complex application process and a general lack of information and awareness of benefits. Seniors who receive Old Age Security generally are able to double their income if they qualify for the GIS. What can be done to address this inequity?

In 1935, Senator David Croll proposed that every Canadian adult deserved a guaranteed annual income. During my undergraduate studies in social work at McMaster University through the years 1975 to 1979, this was spoken about to address the growing poverty of many people. It was suggested again in 1985 in the royal commission headed by Donald Macdonald, a Liberal, and endorsed by the Green Party.

In February 2008, Conservative Senator Hugh Segal suggested it again as a program to replace social programs like Employment Insurance and welfare. Currently, welfare systems remove medical and dental benefits once paid work is found, work that nowadays may not offer any benefits.

Critics say the guaranteed annual income is a disincentive to some people and label them as lazy. This is discrimination. We must recognize that caregiving is work, and such a plan still does not admit it. Caregiving of children, disabled and older adults is actual work and adds value to our economy. This is work that is in the nation's interest and should be added to the gross national product index, not belittled.

nouvellement retraitées étaient en moyenne de 335 \$ pour les femmes par rapport à 527 \$ pour les hommes. Les statistiques sont encore plus sombres pour les populations autochtones, parce que seulement 4 p. 100 des Autochtones vivent jusqu'à l'âge de 65 ans ou plus (Statistique Canada), malgré le fait que les Autochtones présentent les taux de fécondité les plus élevés au Canada.

Nous demandons instamment que les personnes de 60 à 65 ans qui ont besoin d'aide financière soient admissibles automatiquement à un soutien financier adéquat jusqu'à ce qu'elles aient un emploi rémunéré ou qu'elles atteignent l'âge de 65 ans. Nous voulons qu'on adopte une loi pour assurer que ces personnes seront soutenues. Le seul travail disponible pour un grand nombre de personnes de 60 à 65 ans est du travail au salaire minimum dans les services ou les installations de fabrication, lequel suppose qu'elles doivent demeurer debout pendant de longues heures ou soulever des charges. Ce sont des exigences de travail que les personnes de ce groupe d'âge sont souvent incapables de respecter en raison des déficiences physiques qui font partie du processus de vieillissement.

Il a été prouvé qu'un grand nombre d'ainés ne reçoivent pas le Supplément de revenu garanti, le SRG, même s'ils y ont droit, et ce, pour de nombreuses raisons, dont des problèmes de langue et d'analphabétisme, la complexité du processus de demande, et un manque général de connaissance et de renseignements sur ces prestations. Les aînés qui reçoivent des prestations de la Sécurité de la vieillesse peuvent généralement doubler leur revenu s'ils sont admissibles au SRG. Comment pourrait-on éliminer cette injustice?

En 1935, le sénateur David Croll a laissé entendre que tous les Canadiens adultes avaient droit à un revenu annuel garanti. Au cours de mes études de premier cycle en travail social à l'Université McMaster de 1975 à 1979, on en parlait pour régler le problème croissant de la pauvreté. La même idée a été proposée à nouveau en 1985 par la Commission royale d'enquête dirigée par Donald Macdonald, un libéral, et elle a été appuyée par le Parti vert.

En février 2008, le sénateur Hugh Segal, du Parti conservateur, l'a proposée à nouveau en tant que programme pour remplacer les programmes sociaux comme l'assurance-emploi et l'aide sociale. À l'heure actuelle, les systèmes d'aide sociale retirent les avantages médicaux et dentaires quand la personne a trouvé du travail rémunéré, travail qui, de nos jours, n'offre pas toujours d'avantages.

Les critiques disent que le revenu annuel garanti incite certaines personnes à ne pas trouver du travail rémunéré et qualifient ces personnes de paresseuses. C'est de la discrimination. Nous devons reconnaître que prendre soin des autres est du travail et un tel régime ne l'admet toujours pas. Prendre soin des enfants, des personnes handicapées et des personnes âgées est un vrai travail qui ajoute de la valeur à l'économie. C'est du travail dans les intérêts du pays dont on devrait tenir compte dans le produit national brut au lieu de le déprécier.

Older women who experienced divorce prior to the Family Law Act in Ontario in 1986 were not legally able to demand division of their marital assets on the dissolution of their marriage. As a matter of fact, if their name was not on the deed of their property as a joint owner, they could not share in the financial proceeds of the sale of the matrimonial home. A common decision by the court at that time was to order both child support and alimony to the wife, but these support payments were added to her income and she was required to pay income tax on that amount.

In the 1990s, child support payments were no longer required to be part of the woman's taxable income; however, alimony payments continue to be. Many women have reported that this is a huge burden in their later years. They find that with rising living costs, the loss of this income, which was a settlement for their contribution to a marriage long-ended, is a terrible hardship. This is an area where the federal government has the power to offer relief and comfort to these low-income women in their final years.

Regarding prevention and women's health, of major concern to women's organizations is the lack of preventative screening programs for older women. In their 2006 brief, the Provincial Council of Women of Ontario asked the government to put in place policy for women's gynecological health screening programs for breast, cervical and ovarian examinations. The rationale for this is that the existing breast mammography screening programs stop notifying women for an appointment at age 74, unless women request this screening by referral from their doctors. There appears to be an assumption that older women are not at risk for breast cancer. Statistics show otherwise.

Many older women as well wrongly believe that they do not require pelvic examinations or Pap smears beyond their child-bearing years. Thus, cervical cancer and ovarian cancer often are diagnosed when they are too far advanced for treatment. The average age for women with ovarian cancer is 58 years. More significantly, the survival rate of women with ovarian cancer has not changed in 30 years.

These devastating and painful terminal illnesses could be prevented by early detection with annual screening. Many older women do not have a family physician, and many older women need reminders to look after their health by having annual examinations.

I will close with a comment on the Women's Program of Status of Women Canada. We ask that the Special Senate Committee on Aging support the reinstatement of the Women's Program with the previous terms and conditions that helped the women of Canada by addressing women's economic, social, political and legal situations. Further, we ask that the program be adequately

Les femmes âgées qui ont divorcé avant la Loi sur le droit de la famille adoptée en Ontario en 1986 ne pouvaient pas demander légalement la division de leurs biens matrimoniaux à la dissolution de leur mariage. En fait, si leur nom ne figurait pas sur l'acte de propriété à titre de propriétaire conjointe, elles n'avaient pas droit au partage du produit financier de la vente du foyer matrimonial. Il était fréquent à l'époque que le tribunal ordonne à la fois le versement d'une pension alimentaire pour enfants et d'une pension alimentaire à l'épouse. Mais ces paiements de soutien étaient ajoutés à son revenu, et elle devait payer de l'impôt sur le montant.

Dans les années 1990, il n'était plus obligatoire que les versements de pensions alimentaires pour enfants fassent partie du revenu imposable d'une femme, mais les versements de pension alimentaire à l'épouse devaient encore en faire partie. Un grand nombre de femmes ont signalé que cela constitue un fardeau énorme lorsqu'elles vieillissent. Elles considèrent que, avec l'augmentation du coût de la vie, la perte de ce revenu, qui était une indemnisation pour leur contribution à un mariage terminé depuis longtemps, est une difficulté terrible. Le gouvernement fédéral a le pouvoir d'offrir du soutien et de la sécurité à ces femmes au revenu peu élevé à la fin de leur vie.

En ce qui concerne la prévention et la santé des femmes, les organismes de femmes sont extrêmement préoccupés par le manque de programmes de dépistage pour les femmes âgées. Dans son mémoire de 2006, le CPFO a demandé au gouvernement de mettre en place une politique de gynécologie incluant des programmes de dépistage et d'examen des seins, du col de l'utérus et des ovaires. Le mémoire alléguait que les programmes existants de mammographie de dépistage cessent d'aviser les femmes de se présenter à un rendez-vous quand elles dépassent l'âge de 74 ans, à moins que les femmes ne demandent ce test de dépistage conformément à une recommandation de leur médecin. On semble supposer que les femmes âgées ne sont pas à risque de contracter le cancer du sein. Les statistiques démontrent autre chose.

Un grand nombre de femmes âgées croient également à tort qu'elles n'ont pas besoin d'examen pelviens ou de tests de Papanicolaou quand elles ont passé l'âge de procréer. Ainsi le cancer du col de l'utérus et le cancer de l'ovaire sont souvent diagnostiqués quand ils sont trop avancés pour être traités. Les femmes qui ont un cancer de l'ovaire ont en moyenne 58 ans. Fait plus important encore, le taux de survie des femmes atteintes du cancer de l'ovaire n'a pas changé en 30 ans.

On pourrait prévenir ces maladies dévastatrices et terminales au moyen d'une détection hâtive et d'un dépistage annuel. Un grand nombre de femmes âgées n'ont pas de médecin de famille et elles sont nombreuses à avoir besoin de rappels pour s'occuper de leur santé en subissant des examens annuels.

Je vais conclure par une remarque concernant le Programme de promotion de la femme de Condition féminine Canada. Nous demandons que le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement soutienne le rétablissement du Programme de promotion de la femme selon les mêmes modalités que celles qui ont aidé les femmes du Canada en réglant la situation économique, sociale,

funded to promote policies and programs that take into account all gender and diversity implications to enable women to have a better quality of life.

It is essential that the women of Canada, particularly aging women, have their current and future inequalities addressed. This calls for the reestablishment of an arm's length advisory council on the status of women, headed by an advocate that reports directly to Parliament, an advocate that has autonomy equal to the Auditor General to report to the public and, further, that the council remain in place and work with the provinces and territories to advance women's equality regardless of a change in government.

In conclusion, with the aging of Canada's population come both opportunities and challenges. It will be increasingly important to have a clear understanding of the needs, circumstances and experiences of older persons and to have appropriate and effective policy frameworks in place.

Christine Mounsteven, President, Ontario Division, Canadian Pensioners Concerned Incorporated: Thank you for the opportunity to make a presentation today. Sylvia Hall and I will both make the presentation.

Canadian Pensioners Concerned began in 1969 with a special concern about whether retirement income would allow for a good quality of life for seniors. We have expanded our interests over the years to include all age groups and those who are especially vulnerable by virtue of illness, impairment, economic need or age. We are committed to social values that determine fairness and social justice in our multicultural society.

The members of Canadian Pensioners Concerned appreciate having the opportunity to contribute to the deliberations of the Special Senate Committee on Aging. We have followed the sequence of the list of possible options and provide comments on many of them, but we wish to make a few general comments first.

The introduction to the report provides a thoughtful and comprehensive overview of the realities for present and future seniors in Canada. While we agree with and would recommend the adoption of many of the proposed options, we are concerned about the implications inherent in some of them. We prefer to use the words "good practices" rather than "best practices" throughout the report, as "best" can rarely if ever be truly applicable to all situations and all conditions.

We also object to the frequent use of tax credits as a means of inducing and even supporting certain behaviours. We argue that tax credits or deductions help those with higher incomes and do nothing for the poor.

politique et légale des femmes. Nous demandons en outre que le programme soit financé convenablement pour promouvoir des politiques et des programmes qui tiennent compte de toutes les incidences liées à la sexospécificité et à la diversité pour offrir une meilleure qualité de vie aux femmes.

Il est essentiel que les femmes du Canada, en particulier les femmes âgées, ne se retrouvent plus en situation d'inégalité aujourd'hui et dans l'avenir. Cela exige le rétablissement d'un conseil consultatif sur la condition de la femme indépendant et dirigé par une championne qui relève directement du Parlement, une championne aussi autonome que la vérificatrice générale pouvant faire rapport au public. De plus, le conseil doit demeurer en place et travailler avec les provinces et les territoires pour faire progresser l'égalité des femmes même quand le gouvernement change.

En conclusion, le vieillissement de la population du Canada est accompagné de possibilités et de défis. Il sera de plus en plus important de comprendre clairement les besoins, la situation et les expériences des personnes âgées et d'avoir des cadres stratégiques convenables et efficaces en place.

Christine Mounsteven, présidente, section de l'Ontario, Corporation canadienne des retraités intéressés : Merci de nous donner l'occasion de faire un exposé, aujourd'hui. Je ferai l'exposé en collaboration avec Sylvia Hall.

Fondée en 1969, la Corporation canadienne des retraités intéressés s'est d'abord demandé si le revenu de retraite assurerait une bonne qualité de vie aux aînés. Au fil des années, nous avons élargi nos intérêts de manière à inclure tous les groupes d'âge et ceux qui sont particulièrement vulnérables en raison de la maladie, de l'invalidité, du besoin économique ou de l'âge. Nous défendons les valeurs sociales qui déterminent l'équité et la justice sociale dans notre société multiculturelle.

Les membres de la Corporation canadienne des retraités intéressés vous remercient de leur donner la possibilité de contribuer aux délibérations du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Nous avons suivi l'ordre de la liste des options possibles et nous présenterons des observations sur un grand nombre d'entre elles, mais nous souhaitons d'abord faire quelques remarques générales.

L'introduction du rapport fournit un aperçu sérieux et complet des réalités pour les aînés actuels et futurs du Canada. Nous sommes d'accord avec un grand nombre des options présentées et nous recommandons leur adoption, mais nous sommes préoccupés par les implications de certaines d'entre elles. Nous préférons employer le terme « bonnes pratiques » plutôt que « pratiques exemplaires » tout au long du rapport, car on peut rarement affirmer que même ce qui est exemplaire peut s'appliquer à toutes les situations.

Nous nous opposons également à l'usage fréquent des « crédits d'impôt » comme moyen de provoquer ou d'appuyer certains comportements. Nous soutenons que les crédits d'impôt ou les déductions fiscales aident ceux qui ont un revenu élevé, mais pas les démunis.

We like the committee's emphasis on healthy and active aging, on aging in the place of choice, on the respect for seniors' preferences, and on the recognition that ageism exists. We agree that social and intergenerational interaction is very important to the general well-being of seniors. Young people's respect for seniors grows when such opportunities are provided; the Dominion Institute's Veterans in the Schools project is one example.

Option 1 is to provide tax credits for volunteerism. We object on principle to tax credits because they benefit the wealthier members of the population. Implementing this could be burdensome for the volunteers, for small organizations and even for Revenue Canada.

Option 2 is to ensure multi-year funding for volunteer activities. We support this option and would like to see it applied to the full range of New Horizons programs. We would like to see the New Horizons programs go to three-year funding.

Option 4 is to initiate a skills matching program. We agree that the baby boomers are problematic volunteers, but we have high hopes for the commitment to the community shown by younger generations.

Option 5 is to promote and recognize volunteerism throughout the life cycle. We are concerned that encouragement of volunteerism could continue to be used to allow deterioration of public provision of these services. For example, we have seen the growth of food banks over the past 26 years and the provision of Out of the Cold services during these years, while publicly funded solutions to poverty have been curtailed.

We support options 7 and 8 and suggest that lifelong learning should be given the broadest possible interpretation to include skills development, the arts and crafts, literacy development and more.

Regarding option 9, New Horizons should be adapted for Aboriginal and other communities that are presently excluded or have low participation rates.

Option 10 is to reduce isolation through better urban planning. Urban planning for the well-being of residents rather than developers is a major issue and should be given high priority by provincial and municipal governments. The combination of indoor malls with recreation facilities and community activities and support services are just small examples of what could be achieved with imaginative planning.

With a New Horizons grant, we were able to do a project in Simcoe County called Holding on to Housing. We found that the need for adequate transportation was a tremendous burden

Nous nous réjouissons que le comité insiste sur un vieillissement sain et une vie active, sur le vieillissement à l'endroit de son choix, sur le respect des préférences des aînés et sur la reconnaissance de l'existence de l'âgeisme. Nous convenons que l'interaction sociale et intergénérationnelle est très importante pour le bien-être général des aînés. Le respect des jeunes envers les aînés augmente quand ces possibilités sont fournies, notamment par des programmes comme le projet des aînés dans les écoles de l'Institut du Dominion.

L'option 1 vise l'instauration de crédits d'impôt pour le bénévolat. Nous nous opposons au principe des crédits d'impôt, parce qu'ils profitent aux nantis. Cette mesure pourrait être lourde à administrer pour les bénévoles, les petites organisations et même Revenu Canada.

L'option 2 vise à assurer le financement pluriannuel des activités bénévoles. Nous appuyons cette option et nous aimerions qu'elle s'applique à tous les volets du programme Nouveaux Horizons. Nous aimerions que le programme Nouveaux Horizons reçoive un financement pour trois ans.

L'option 4 concerne la création d'un programme de jumelage des compétences. Nous convenons que les membres de la génération du baby-boom constituent un groupe de bénévoles qui pose des problèmes, mais nous plaçons de grands espoirs dans l'engagement envers la collectivité démontré par les jeunes générations.

L'option 5 concerne la promotion et la reconnaissance du bénévolat tout au long de la vie. Nous craignons que la promotion du bénévolat n'accentue la détérioration de la prestation de ces services par les pouvoirs publics. Pensons, par exemple, à l'expansion qu'ont connue les banques alimentaires depuis 26 ans et aux services d'hébergement offerts aux sans-abri durant l'hiver pendant ces années, alors que les programmes publics de lutte contre la pauvreté ont été réduits.

Nous appuyons les options 7 et 8 et suggérons que l'expression « apprentissage continu » soit interprétée de la façon la plus large possible de façon à comprendre, par exemple, l'acquisition de compétences, les arts et l'artisanat, et l'alphabétisation.

En ce qui concerne l'option 9, nous estimons que le programme Nouveaux Horizons devrait être adapté aux besoins des Autochtones et des autres communautés qui sont exclues actuellement ou dont les taux de participation sont bas.

L'option 10 vise à amoindrir l'isolement par un meilleur urbanisme. L'urbanisme favorisant le bien-être des résidents plutôt que des promoteurs est un grand enjeu, et les gouvernements provinciaux et les administrations municipales devraient lui accorder une grande priorité. Combiner les centres commerciaux intérieurs, les installations récréatives, les activités communautaires et les services supervisés n'est qu'un exemple de ce qui serait possible avec un urbanisme inventif.

Grâce à une subvention pour le programme Nouveaux Horizons, nous avons pu réaliser un projet dans le comté de Simcoe, projet que nous avons appelé Holding on to Housing.

within these communities, the smaller areas. It is as well at times in Toronto, where we hear that with Wheel-Trans, people have to wait five hours before they can return home.

Regarding option 11, we agree that educating Canadians about the benefits of physical activity is required, but it must be supported by the provision of accessible, affordable places for participation in physical activities. I think some people find it burdensome to have to join gym facilities at quite a high cost, and this is a way of eliminating many of the older adults.

Option 12 is to eliminate barriers that limit active living. We support this option but disagree with the provision of tax incentives, because, again, these benefit the wealthier participants.

We support option 13, which is to facilitate the sharing of knowledge and best practices. Physical activity instructors should be trained to understand the special requirements of older adults. Gym membership fees should not be tax deductible, as again this privileges those who have money.

Option 14 is to launch a national strategy to combat ageist stigma and discrimination. Ageism can show itself in the choice of words and in the linking of ideas and arguments. We are concerned to find this as a subtext to the report, which shows how insidious it can be. For instance, there is an emphasis on lack of capacity and on mental incompetence; there is the frequent use of the phrase "mental health," which has negative connotations, rather than a neutral term such as "mental well-being."

Option 15 is to promote the development of alternatives to chronological age as indicators of competency. Competency should be a test for all age groups when licensing or other public interests require it. Existing legal definitions of competency should not be ignored.

Referring to section 3.1, defined-benefit plans are being rapidly phased out in Canada, and employment patterns are changing. Therefore, we will see an increasing number of people with less secure employment and retirement benefits. There is particular concern right now for those unemployed between the ages of 50 and 65 years. There should not be a penalty for early uptake of CPP, the Canada Pension Plan.

We support options 17, 19, 20, 21 and 22.

With respect to option 23, to explore options for other forms of income stream, we feel that reverse mortgages should not be encouraged. A better approach that would reduce inequalities would be the guaranteed annual income plan suggested by Senator Hugh Segal.

On poverty, the fact that the post-retirement income for the lowest quintile of the population is higher than pre-retirements shows the paucity of their previous income. The combined OAS/

Nous avons constaté que les besoins en transport adéquat constituaient un énorme fardeau dans ces petites collectivités. C'est aussi le cas, à l'occasion, à Toronto où, d'après ce que nous avons entendu, des gens doivent attendre cinq heures avant de pouvoir retourner chez eux grâce au service Wheel-Trans.

En ce qui concerne l'option 11, nous convenons qu'il convient de sensibiliser les Canadiens aux avantages de l'activité physique, mais nous pensons que la sensibilisation doit être appuyée par des lieux accessibles et abordables pour que les gens puissent participer aux activités physiques. Je crois que bien des gens trouvent rébarbatif de devoir s'abonner à un gymnase à un coût élevé, et que c'est entre autres pour cette raison que bon nombre d'ainés ne font pas suffisamment d'activité physique.

L'option 12 vise l'élimination des obstacles à la vie active. Nous appuyons cette option, mais nous nous opposons aux incitatifs fiscaux, car ils profitent surtout aux participants nantis.

Nous appuyons l'option 13, qui vise à faciliter la mise en commun des connaissances et des pratiques exemplaires. Les moniteurs d'activité physique devraient être formés de manière à comprendre les besoins particuliers des aînés. Les frais d'inscription à des centres d'activité physique ne devraient pas être déductibles, car ces déductions privilégient les nantis.

L'option 14 vise la mise en œuvre d'une stratégie nationale de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. L'âgisme peut se manifester dans le choix des mots et dans les liens entre les idées et les arguments. Nous craignons de le percevoir en filigrane du rapport, ce qui montre à quel point l'âgisme peut être insidieux. Ainsi, on insiste sur les capacités réduites et sur l'incapacité mentale; on emploie souvent le terme « santé mentale » qui a des connotations négatives, plutôt qu'une expression neutre comme « bien-être mental ».

L'option 15 vise à favoriser la création d'indicateurs de compétence en remplacement de l'âge chronologique. La compétence devrait être une condition pour tous les groupes d'âge aux fins de l'obtention des permis et lorsque d'autres intérêts publics l'exigent. Il ne faudrait pas négliger les définitions juridiques existantes de la compétence.

En ce qui concerne la section 3.1, les régimes à prestations définies disparaissent rapidement au Canada, et les tendances de l'emploi se modifient. La sécurité d'emploi et les prestations de retraite diminueront donc pour un nombre croissant de Canadiens. La situation est particulièrement inquiétante actuellement pour les chômeurs de 50 à 65 ans. Il ne faudrait pas pénaliser ceux qui touchent des prestations du RPC, du Régime de pensions du Canada, avant l'âge de la retraite.

Nous appuyons les options 17, 19, 20, 21 et 22.

Au sujet de l'option 23, qui consiste à examiner les autres apports de revenu possibles, nous pensons qu'il ne faudrait pas encourager les prêts hypothécaires inversés. Une meilleure approche, qui réduirait les inégalités, serait le régime de revenu annuel garanti proposé par le sénateur Hugh Segal.

Au sujet de la pauvreté, le fait que le revenu après la retraite pour le quintile le plus bas de la population est plus élevé que le revenu avant la retraite illustre la faiblesse du revenu avant la

GIS is less than the low-income cut-off rate, LICO. This means that all the conditions of the known determinants of health negatively affect their possibility of healthy aging.

Option 24 is to make OAS/GIS benefits non-taxable if they are the only source of income. We support this option but not the tax credit proposal, which only benefits wealthier seniors.

We strongly support options 25 and 26.

Regarding a replacement rate for CPP, option 27, the maximum should be changed to \$60,000 and should be fully indexed. The percentage should remain at 25 per cent. High income earners, in our opinion, do have other means of ensuring a comfortable retirement.

We support options 29, 30, 31 and 32. We should ensure that retroactive payments do not restrict other services that individuals are receiving on the basis of income. The federal, provincial and territorial process is the instrument to facilitate such an accord.

Regarding option 33, we support reconsidering the design of CPP in light of increasing variations in the labour force participation. The committee's study should include the impact of increasing short-term and self-employment on contributions to, and the benefits of, CPP.

Option 34 is to establish a national comprehensive publicly insured or publicly and privately insured prescription plan. We support a publicly insured prescription plan. We do not support a publicly and privately insured plan.

In addition to the concerns noted on page 28 of the report, we would draw the committee's attention to the fact that clinical trials of drugs rarely include women, aboriginals or older adults. This can result in serious harm to patients. This means that older adults can be given medications that are not suitable for them and that can result in serious harm.

With respect to public information campaigns, option 35, there needs to be greater emphasis on problems of accessing affordable and healthy foods for poorer communities, not only those in the North. We have seen in the city of Toronto in particular that depending on which neighbourhoods you go to, within the same chain you will get greatly varying prices for the same foods.

We support options 37 to 40.

We strongly support option 41, which is to support capacity building projects for training in geriatrics and gerontology. Specialized education and training should be applied to all health-related professionals, in our opinion.

retraite. Les prestations combinées de la SV et du SRG sont inférieures au seuil de faible revenu. Cela signifie que toutes les conditions des déterminants connus de la santé réduisent la possibilité de vieillir en santé.

L'option 24 vise à rendre non imposables les prestations de la SV et du SRG s'il s'agit des seules sources de revenu. Nous appuyons cette option, mais pas la proposition de crédit d'impôt qui ne profite qu'aux aînés nantis.

Nous appuyons fortement les options 25 et 26.

En ce qui concerne un taux de remplacement du revenu provenant du RPC, l'option 27, le montant maximum devrait être porté à 60 000 \$ et pleinement indexé. Le pourcentage devrait être maintenu à 25 p. 100. À notre avis, les salariés ayant un revenu élevé ont d'autres façons de s'assurer une retraite confortable.

Nous appuyons les options 29, 30, 31 et 32. Il faudrait s'assurer que les paiements rétroactifs ne limitent pas l'admissibilité aux autres services fondés sur le revenu que reçoivent les Canadiens. L'entente fédérale-provinciale-territoriale doit servir à faciliter cet objectif.

En ce qui concerne l'option 33, nous appuyons l'idée de revoir la conception du RPC à la lumière des différences croissantes dans la participation au marché du travail. L'étude du comité devrait inclure l'incidence de l'augmentation de l'emploi à court terme et du travail indépendant sur les cotisations au RPC et les prestations de ce régime.

L'option 34 vise l'établissement d'un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé. Nous appuyons un régime d'assurance-médicaments financé par l'État. Nous n'appuyons pas un partenariat public-privé.

En plus des préoccupations évoquées à la page 32 du rapport, nous attirons l'attention du comité sur le fait que les essais cliniques des médicaments incluent rarement des femmes, des Autochtones et des aînés, ce qui peut être très néfaste pour les patients. Cela signifie que des aînés peuvent recevoir des médicaments qui ne leur conviennent pas et qui peuvent leur causer beaucoup de préjudice.

En ce qui concerne l'option 35, sur les campagnes d'information, nous pensons qu'il faut insister davantage sur les problèmes d'accès à des aliments sains et à prix abordable dans les collectivités démunies, pas seulement dans les collectivités du Nord. Nous avons constaté, à Toronto, plus particulièrement, que le prix d'un même aliment pouvait grandement varier à l'intérieur d'une même chaîne selon le quartier où se trouve le magasin.

Nous appuyons les options 37 à 40.

Nous appuyons fermement l'option 41, qui consiste à appuyer des projets de renforcement des capacités visant la formation en gériatrie et en gérontologie. L'éducation et la formation spécialisées devraient s'appliquer à toutes les professions de la santé, selon nous.

Under section 4.6, as a seniors' organization, we endorse the statement that "problems such as depression are too often viewed as an inevitable part of aging." This is a prime example of ageism in action.

We strongly support options 50 to 57. Housing is a continuing problem, especially for low-income seniors. It is also a basic determinant of health for all ages.

Option 60 is to introduce a national home care program. In Ontario, we know that of the money assigned to home care, the ratios for acute and chronic care have reversed. In the past, a larger percentage of money was spent on chronic care, and now more dollars are spent on acute care. This does not support aging at home, which is preferred by most seniors. The Canada Health Act has ensured basic access for all Canadians in the areas covered by the act. Many jurisdictions have gone well beyond that. The potential reduction of services in any one jurisdiction can only result from setting the standards too low. On the other hand, any excess pressure in those jurisdictions that have fewer resources should be taken care of by the federal-provincial equalization program.

Regarding uneven qualifications, option 61, we encourage the federal government to work with provincial and territorial ministers to establish common training standards and accreditation for home care workers. We also support the idea of the federal, provincial and territorial governments working together to create a human resource strategy targeted at home care workers.

Regarding option 62, we do not support a chronic care savings plan, which, once more, would benefit only those who have money for contributions. Chronic care can be, and should be, a public service for all Canadians, and, when combined with aging in place, it can be affordable. We would reference the Veterans Independence Program, VIP, and the work being done by the Canadian Research Network for Care in the Community.

We support options 63 to 67, including the convening of an expert panel as thorough study is required. Whatever method of financial assistance is provided should benefit all caregivers of all levels of income.

We strongly support option 70, the creation of a needs-based seniors independence program.

Sylvia Hall will give our closing remarks.

Sylvia Hall, Secretary/Treasurer, Ontario Division, Canadian Pensioners Concerned Incorporated: We were asked to identify the most pressing issues for today's seniors. To sum them up briefly, in our view, they are the lack of affordable and supportive housing; the fact that there are many medications or medical services needed by today's seniors that are not covered by the provincial formularies or, in Ontario, OHIP. Home care is another prime issue. Poverty, disappointingly, is still an issue for

En ce qui concerne la section 4.6, nous sommes d'accord, à titre d'organisation des aînés, avec l'affirmation selon laquelle « des problèmes comme la dépression sont trop souvent perçus comme un élément inévitable du vieillissement ». Voici un exemple concret d'âgeisme en action!

Nous appuyons fortement les options 50 à 57. Le logement est un problème continu, surtout pour les aînés à faible revenu. Il est aussi un grand facteur déterminant de la santé à tout âge.

L'option 60 consiste en l'adoption d'un programme national de soins à domicile. En Ontario, nous savons que les pourcentages des fonds affectés aux soins de courte durée et aux soins à long terme se sont inversés. Par le passé, une grande partie des fonds était affectée aux soins à long terme. Actuellement, on en consacre davantage aux soins de courte durée. Cette tendance va à l'encontre du désir de la plupart des aînés de vieillir chez soi. La Loi canadienne sur la santé a assuré un accès de base à tous les Canadiens dans les domaines visés par cette loi. Un grand nombre de provinces et de territoires sont allés bien plus loin. La réduction potentielle des services dans une province ou un territoire ne peut que découler de normes fixées trop bas. Par contre, le programme de péréquation fédérale-provinciale devrait atténuer les pressions excessives sur les provinces ou les territoires moins nantis.

En ce qui concerne les compétences inégales — l'option 61 —, nous encourageons le gouvernement fédéral à collaborer avec les ministres provinciaux et territoriaux pour établir des normes de formation et d'accréditation communes pour le personnel de service à domicile. Nous appuyons également l'idée que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent afin de créer une stratégie en ressources humaines qui viserait les travailleurs offrant des services à domicile.

En ce qui concerne l'option 62, nous ne sommes pas en faveur d'un régime d'épargne pour soins à long terme qui, lui aussi, ne profiterait qu'à ceux qui sont assez riches pour y cotiser. Les soins à long terme peuvent et devraient être un service public offert à tous les Canadiens, et ces soins peuvent être très abordables si on permet aux gens de vieillir à l'endroit de leur choix. Nous vous renvoyons au Programme pour l'autonomie des anciens combattants et aux travaux du Réseau canadien de recherche pour les soins dans la communauté.

Nous appuyons les options 63 à 67, y compris la création d'un groupe spécial puisqu'une étude approfondie s'impose. Quelle que soit la méthode adoptée pour l'aide financière, celle-ci devrait être profitable pour tous les soignants, quel que soit le revenu.

Nous appuyons fortement l'option 70, qui vise la création d'un programme pour l'autonomie axé sur les besoins.

Sylvia Hall s'occupera du mot de la fin.

Sylvia Hall, secrétaire-trésorière, Section de l'Ontario, Corporation canadienne des retraités intéressés : On nous a demandé de cerner les enjeux les plus pressants pour les aînés. Pour résumer, rapidement, à notre avis, il s'agit de la pénurie de logements supervisés abordables, du fait que bon nombre des médicaments ou des services médicaux dont ont besoin les aînés d'aujourd'hui sont exclus de l'assurance-maladie ou, en Ontario, du RAMO. Les soins à domicile constituent un autre enjeu clé.

too many seniors in Ontario. Thus, the concerns we felt throughout our reading of the report and that we have expressed in our brief remarks are concerns for low-income seniors.

Canadian Pensioners Concerned is increasingly interested in the well-being of future seniors, and by that we do not mean the baby boomers, who seem to get all the attention, but the subsequent generations. Many of them do not, and possibly will not, have long-term jobs or jobs with pension benefits. They may experience frequent episodes of unemployment. Therefore, their ability to build retirement savings will be very limited.

The shocking levels of unemployment and underemployment amongst recent immigrants are also of concern. Unfortunately, your interim report does not really address this issue.

It is very important to us that the committee not assume that a high level of private retirement funds will be available to future generations. We also urge you to reconsider your frequent suggestions, or the suggestions that may have been made to you, on the use of tax credits. We are confident that you do not intend to discriminate against low-income taxpayers or those whose incomes are so low that they do not pay tax at all, for whom tax credits are meaningless.

We urge you to recognize that there is, as you so rightly say, "an opportunity to be seized" but to look beyond the baby boomer generation to the generations that precede it, today's seniors, and those that will follow it. Thank you for your attention.

Senator Mercer: Thank you all for being here, particularly Ms. Mounstevan and Ms. McGillivray, whom I saw yesterday. I will ask questions today, whereas yesterday you asked me questions.

I want to go back to the issue of funding for the various women's groups. I want to make sure that I am in the right sequence. Provincially, the Harris government stopped some of this funding, and federally the funding stopped with the election of the current government. Am I in the right sequence, or did I miss something?

Ms. McGillivray: Not quite, senator. The provincial funding I referred to was for housing. Among the reforms of the Harris government was that there would be no more building of social housing. In fact, shortly after was the amalgamation of many cities and the downloading of housing and social programs and so forth. We are seeing the results of that now.

The lack of funding I was referring to I tried to express through sharing with you the studies that the Older Women's Network did in the past. We are very grateful for getting that kind of funding then, but that funding is no longer available to us. We do not

La pauvreté est malheureusement encore un problème pour de trop nombreux aînés en Ontario. Nos principales préoccupations, à la suite de la lecture du rapport, sont celles que nous avons exprimées dans nos commentaires et elles concernent les aînés ayant un revenu peu élevé.

La Corporation canadienne des retraités intéressés accorde de plus en plus d'importance au bien-être des aînés de demain. Nous entendons par là non pas les membres de la génération du baby-boom, qui font déjà l'objet de beaucoup d'attention, mais plutôt ceux des générations suivantes. Beaucoup d'entre eux n'ont pas et n'auront peut-être jamais un emploi à long terme ou un emploi assurant des prestations de retraite. Ils vivront peut-être de fréquents épisodes de chômage. Par conséquent, leur capacité d'épargner en vue de la retraite sera très limitée.

Les taux alarmant de chômage et de sous-emploi chez les immigrants sont également préoccupants. Malheureusement, votre rapport ne traite pas vraiment de ce problème.

Nous estimons donc qu'il est très important que le comité ne suppose pas que les générations futures auront accès à un revenu de retraite privé élevé. Nous vous demandons de réexaminer vos fréquentes propositions de crédit d'impôt, ou les propositions qui vous ont été faites en ce sens. Nous sommes convaincus que vous n'avez pas l'intention de pénaliser les contribuables à faible revenu ou les contribuables dont les revenus sont si faibles qu'ils ne paient pas du tout d'impôt, pour qui les crédits d'impôt n'ont aucun sens.

Nous vous demandons de reconnaître qu'il y a, comme vous le dites si bien, une « occasion en or » de voir au-delà de la génération du baby-boom et d'inclure celle qui la précède, les aînés d'aujourd'hui, et celle qui la suit. Je vous remercie de votre attention.

Le sénateur Mercer : Je vous remercie tous d'être présents aujourd'hui, particulièrement mesdames Mounstevan et McGillivray, que j'ai rencontrées hier. Aujourd'hui, c'est moi qui poserai les questions, contrairement à hier.

J'aimerais revenir à la question du financement des divers groupes de femmes. J'aimerais m'assurer que je comprends bien l'ordre des choses. À l'échelle de la province, le gouvernement Harris a mis fin à une partie du financement, et à l'échelle fédérale, le financement a pris fin au moment de l'élection du gouvernement actuel. Est-ce que j'ai bien saisi l'ordre des choses, ou si je commets une erreur?

Mme McGillivray : Ce n'est pas tout à fait ça, sénateur. Le financement provincial que j'ai mentionné était destiné au logement. L'une des réformes du gouvernement Harris a fait en sorte qu'il n'y a plus de construction de logements sociaux. En fait, cette décision a été prise peu après les fusions municipales, la réduction des programmes sociaux et des programmes de logement, et ainsi de suite. Nous faisons maintenant face aux résultats.

Pour illustrer le manque de financement dont je vous ai parlé, je vous ai fourni les études réalisées par le passé par le Older Women's Network. Nous étions très reconnaissantes de ce type de financement à l'époque, mais nous n'y avons plus accès. Nous ne

receive any core funding. The Provincial Council of Women of Ontario gets no core funding, nor does the National Council of Women of Canada. We are all totally dependent upon raising our own funds.

However, I hope I made it clear that, as we are all growing into age, there are fewer volunteers and less work, so that even when we do get some project funding, such as the project I am working on now with New Horizons funding in the city of Hamilton, we have very few people to carry out the project. If you are spending all your time applying for grants — I see a few heads nodding — then you do not have the energy or the time to do what you are all about. Volunteers have other agendas and they move on to something that is a little more active.

Ms. Hall: I think that Ms. McGillivray was referring to the fact that there is no longer Status of Women funding from the federal government. That was the key.

Senator Mercer: I was trying to determine a timeline on that. You are right, you did talk about housing, and that was the big change. Housing is a provincial responsibility, but for many years the federal government played a key role in being a major funder and an initiator of housing. Now everybody is getting out of the business. We can download it to whomever we want, but if nobody is doing it, it does not really matter if nobody is accepting the responsibility.

I was trying to get the timeline on the other funding, besides the funding for housing.

Ms. McGillivray: Status of Women is a federal program. Two years ago, the federal government removed \$5 million from the Status of Women program and closed 12 of the 16 offices across Canada. That put women out of work who were helping other women access resources in order to deal with the needs they heard from women they were working with.

I am asking that you, the Senate, in your wisdom suggest to whomever you will report to, and I assume it is the government of the day, that they need to take a serious second look at that, so that those issues that I talked about for women right across the board, whether immigrants, refugees or diverse communities, are addressed. It has to be recognized that women can make no progress at getting out of poverty without those kinds of resources, and those resources are not there.

Senator Mercer: I think you will find it simply around this table. Unfortunately, it is around the cabinet table that we need the influence to make the changes.

recevons plus aucun financement de base. Le Conseil provincial des femmes de l'Ontario, tout comme le Conseil national des femmes du Canada, ne reçoit plus de financement de base. Nous avons donc la responsabilité de réunir l'intégralité de notre financement.

Toutefois, et j'espère que je l'ai dit clairement, il y a de moins en moins de bénévoles et de travail à mesure que nous vieillissons toutes, ce qui signifie que, même quand nous obtenons du financement pour des projets, comme, par exemple, le projet dont je m'occupe dans le cadre du projet Nouveaux Horizons dans la ville de Hamilton, nous sommes très peu nombreuses pour exécuter le projet. Si nous sommes obligées de passer notre temps à remplir des demandes de subventions — je vois des gens qui approuvent —, nous n'avons plus l'énergie ni le temps de faire ce que nous avons à faire. Les bénévoles sont des gens actifs, et ils décident de consacrer leur temps à des tâches un peu plus productives.

Mme Hall : Je pense que Mme McGillivray parle du fait que le gouvernement fédéral n'offre plus de financement par l'entremise de Condition féminine Canada. C'est un aspect déterminant.

Le sénateur Mercer : Je voulais déterminer la chronologie des événements. Vous avez raison, vous avez parlé du logement, et il s'agit du changement le plus important. Le logement relève de la province, mais le gouvernement fédéral a joué un rôle clé à ce sujet pendant de nombreuses années puisqu'il fournissait une grande partie des fonds et qu'il était souvent l'initiateur des projets de logement. Maintenant, tout le monde se retire de ce secteur. Peu importe à qui nous attribuons la diminution : si personne n'agit, il n'est pas vraiment utile de désigner un responsable.

Je voulais connaître la chronologie concernant les autres formes de financement, mis à part le financement des projets de logement.

Mme McGillivray : Condition féminine Canada est un programme fédéral. Il y a deux ans, le gouvernement fédéral a réduit de cinq millions de dollars le financement des programmes de Condition féminine Canada et a fermé 12 des 16 bureaux au pays. Cela signifie que des femmes qui aidaient d'autres femmes à accéder à des ressources pour aider des femmes avec lesquelles elles travaillaient à répondre à leurs besoins se retrouvent sans emploi.

Je vous demande à vous, sénateurs, dans votre grande sagesse, d'informer les autorités dont vous relevez, et je suppose qu'il s'agit du gouvernement actuel, qu'elles devront se pencher de nouveau sur les questions que j'ai abordées au sujet des droits des femmes, que ce soit des immigrantes, des réfugiés ou des membres de diverses communautés, et les examiner avec sérieux afin d'y répondre. Il faut que l'on reconnaisse que les femmes ne peuvent réussir à se sortir de la pauvreté sans ce type de ressources, ressources qui n'existent actuellement pas.

Le sénateur Mercer : Je crois que vous constaterez que tout le monde, ici, est d'accord. Malheureusement, si nous voulons des changements, le Cabinet doit exercer son influence.

Senator Cordy: I am curious too, because we have asked this question a number of times in the Senate, to the Leader of the Government in the Senate. I am trying not to be partisan, so I will just repeat what was said. She is also the Secretary of State for Seniors. The question has been asked about reduced funding for the Status of Women. I am from Nova Scotia, and the office in Halifax has been closed.

When we ask the question, she continues to say that there has been no reduction in the funding. What I have read is that there has been reduction of funding, and I know that the office in Halifax has been closed. You have told us that \$5 million has been removed.

Ms. McGillivray: More than \$5 million. I know it can be confusing if one does not look closely at the change in the parameters of the mandate. Are you speaking about Josée Verner, the minister?

Senator Cordy: No, Senator LeBreton.

Ms. McGillivray: I met Senator LeBreton, but I think she needs to have more conversation with the Minister of Canadian Heritage and Status of Women.

According to the report, the money was reinstated but under different criteria that now incorporate profit. They can give money now to banks. I am sorry, but banks do not need our tax money. Before, it was only to non-profit groups that had issues, to move ahead the equality of the women of Canada.

The Chair: Is that not the crux of the issue? They have changed the definition of what Status of Women should be. It used to include the word "equality," but it does no longer.

Ms. McGillivray: Yes, madam. Thank you.

The thing is, I watched the House one day, which is a very trying experience, and I listened to the women's caucus trying to put "equality" back into the mandate and heard from the government of the day that indeed it had been put back in.

There is a lot of confusion out in the land, and we know, because we are very close to the women's movement and the mandate, that it has not been put back in. You are absolutely right.

Senator Mercer: When you answered Senator Cordy you said that now they can give money to banks.

Ms. McGillivray: I used the term a little loosely.

Senator Mercer: If I do a follow-up next week, I want to make sure I tighten it up a little bit.

Ms. McGillivray: I do not have any idea, although I imagine it is public information, to whom Status of Women has given money. I would suggest that perhaps your committee should look at that.

Le sénateur Cordy : Je suis étonnée, moi aussi, parce que nous avons posé cette question un certain nombre de fois au Sénat, au leader du gouvernement au Sénat. Je veux éviter de faire de la partisanerie, alors je vais me contenter de répéter ce qui a été dit. Elle est aussi la secrétaire d'État aux Aînés. On l'a interrogée à propos de la réduction du financement de Condition féminine. Je suis de la Nouvelle-Écosse, et le bureau d'Halifax a été fermé.

Quand on l'a interrogée à ce sujet, elle a continué à affirmer que le financement n'avait pas été réduit. Pour ma part, j'ai lu qu'il y avait eu une réduction du financement, et je sais que le bureau d'Halifax a été fermé. Vous nous dites que le financement a été réduit de cinq millions de dollars.

Mme McGillivray : De plus de cinq millions de dollars. Je sais que les choses peuvent porter à confusion si l'on ne tient pas compte en détail des changements apportés aux paramètres du mandat. Parlez-vous de la ministre Josée Verner?

Le sénateur Cordy : Non, je parle du sénateur LeBreton.

Mme McGillivray : J'ai rencontré Mme LeBreton, mais je crois qu'elle devrait discuter davantage avec la ministre du Patrimoine canadien et de la Condition féminine.

Selon le rapport, l'argent a été rétabli, mais selon de nouveaux critères qui tiennent maintenant compte du profit. On peut maintenant donner de l'argent aux banques. Je m'excuse, mais les banques n'ont pas besoin de l'argent de nos impôts. Auparavant, l'argent allait seulement à des groupes sans but lucratif qui défendaient des enjeux, qui visaient l'égalité entre les hommes et les femmes au Canada.

La présidente : N'est-ce pas là le nœud du problème? La définition de ce que devrait être Condition féminine Canada a changé. Elle incluait auparavant le mot « égalité », mais ce n'est plus le cas.

Mme McGillivray : Oui, madame. Merci.

J'ai observé la Chambre des communes, un jour, ce qui est une expérience très éprouvante, et j'ai vu le caucus des femmes demander que le mot « égalité » fasse de nouveau partie du mandat, et j'ai entendu le gouvernement de l'époque dire que cela avait déjà été fait.

Il y a beaucoup de confusion sur le terrain mais nous savons que c'est faux puisque nous collaborons étroitement avec le mouvement des femmes et que nous en connaissons bien le mandat. Vous avez tout à fait raison.

Le sénateur Mercer : Dans votre réponse au sénateur Cordy, vous avez dit que le gouvernement pouvait maintenant donner son argent aux banques.

Mme McGillivray : J'ai un peu galvaudé le terme.

Le sénateur Mercer : Si je veux faire un suivi la semaine prochaine, j'aimerais que les choses soient un peu plus claires.

Mme McGillivray : Je ne sais pas à qui Condition féminine a donné de l'argent, mais je suppose qu'il s'agit d'une information publique. Je propose que, peut-être, votre comité se penche sur cette question.

Senator Mercer: Not a bad question, Senator Cordy.

I find all your arguments on tax credits interesting. The issue is to address our primary concern, the people at the lower end of the income scale — that is our motivation — but there is a need to address the issue of people in the middle income level as well.

Like you, I am not as concerned about the people at the upper end of the scale. They have always been able to take care of themselves, thank you very much, and they always will be. It is finding the incentive perhaps for the people in the middle that we are having difficulty with.

I was in Windsor last evening, and it was suggested by a speaker there that doubling the tax exemption level was one way of attacking the bottom end. However, as I keep reminding people, every time you do that, they still have to wait a full year's cycle before it really starts to kick in and you start to see some real results.

Also, it still does not address the group of people in the middle. When they start off in that group in the middle, many of those women are not single at that point. If we do not provide incentives in that category, and women live longer than men, as we know, then women end up with the residual of the good work they have done with their partner. That is what I am concerned about.

People keep saying that the people at the upper end will take care of themselves. I want to exclude a bunch of people from the process, so that the people at the bottom end of the scale have access to greater help, and I am having difficulty figuring out how to do that without giving them something, and maybe a tax credit is that something. With a tax credit, we do not actually give the money; they just do not give us money.

Ms. Hall: I have two comments. First, unfortunately, we have seen in recent budgets that tax credits are given to those who have taxes to pay, and that is it. Nothing is done for the lower income. It is a real concern that tax credits and tax incentives are used when we have done nothing.

The Chair: If I may interrupt, he is trying to address the problem.

I agree with you. We know that with a tax credit, the more income you earn, the more advantage you get from the credit. However, if you had a tax credit that benefited people with income levels upon which tax was payable up to a certain level, then perhaps you would catch those people in the \$25,000 to \$40,000 income level who could benefit from some tax credits, but you would certainly not benefit the wealthy.

Ms. Hall: That would be one way of not benefiting the wealthy, but there is still the concern that if the government is getting less money, it has two choices: either to raise taxes

Le sénateur Mercer : Ce n'était pas une mauvaise question, sénateur Cordy.

Je trouve que vos observations⁷ sur les crédits d'impôt sont toutes intéressantes. Il faut d'abord s'occuper de notre principale préoccupation : les gens qui se trouvent au bas de l'échelle des revenus — il s'agit de notre motivation. Nous devons toutefois aussi nous occuper des gens qui ont un revenu moyen.

Tout comme vous, je ne me fais pas de souci pour les gens qui se trouvent en haut de l'échelle. Ils ont toujours été capables de s'occuper d'eux-mêmes, merci bien, et ils le seront toujours. Ce qui pose problème, c'est, peut-être, de trouver un incitatif pour les membres de la classe moyenne.

J'étais à Windsor, hier soir, et un intervenant a proposé que l'on double le niveau d'exemption fiscale afin d'aider les gens au bas de l'échelle. Cependant, comme je ne cesse de le rappeler aux gens, quand on adopte ce type de mesures, les gens doivent attendre toute une année avant de voir une différence et avant qu'il y ait de véritables résultats.

De plus, cette mesure n'offre aucune aide aux gens de la classe moyenne. La plupart des femmes qui font partie de la classe moyenne ne sont pas célibataires. Si nous n'offrons pas de mesures incitatives aux gens de cette catégorie, et étant donné que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, comme vous le savez, les femmes se retrouveront avec les restes de tout le travail qu'elles auront fait avec leur conjoint. C'est ce qui me préoccupe.

On ne cesse de dire que les gens de la classe supérieure peuvent s'occuper d'eux-mêmes. J'aimerais exclure tout un groupe de personnes du processus afin que l'on puisse offrir une plus grande aide aux gens qui se trouvent au bas de l'échelle, et je n'arrive pas à voir comment on pourrait y arriver sans leur offrir quelque chose, comme, peut-être, un crédit d'impôt. Avec un crédit d'impôt, nous ne leur donnons pas d'argent; ce sont eux qui ne nous en donnent pas.

Mme Hall : J'ai deux commentaires à ce sujet. D'abord, nous avons malheureusement constaté, à la suite des récents budgets, que les crédits d'impôt profitent exclusivement à ceux qui paient des impôts. Il n'y a rien pour aider ceux qui ont un faible revenu. C'est très préoccupant de voir qu'on a recours à des crédits d'impôt et à des incitatifs fiscaux alors que rien n'a été fait.

La présidente : Je m'excuse de vous interrompre; il essaie de régler le problème.

Je suis d'accord avec vous. Nous savons que plus une personne a un revenu élevé, plus elle profite d'un crédit d'impôt. Cependant, si un crédit d'impôt était offert à des gens dont le revenu est assez élevé, jusqu'à un certain point, pour qu'ils paient de l'impôt, vous pourriez peut-être aider les personnes qui gagnent de 25 000 à 40 000 \$ à l'aide de certains crédits d'impôt, et vous ne vous retrouveriez sûrement pas à aider les riches.

Mme Hall : C'est vrai que cela n'aiderait pas les riches, mais si le gouvernement obtient moins d'argent, il aura deux choix : augmenter les impôts en général de ceux qui en paient encore

generally for those who are left paying where the tax credits have been given, or to cut back on public services, which is what we have been seeing for the past 15 to 20 years. Remember, seniors have long memories.

We are not asking you to recreate the golden age of capitalism, but we are asking you to keep the full gamut of people in the fore. I think this is your biggest challenge: to benefit the middle- and lower-income people yet not have a reduction in general services.

Senator Mercer: I think there is some sympathy, certainly in the Senate, for a guaranteed annual income. Senator Segal does not own this; he is just the fellow who got the ink. Senator Segal sits with me on the Standing Senate Committee on Agricultural and Forestry, where we have talked about rural poverty and about a guaranteed annual income.

The issue of guaranteed annual income is not a bad one, but we also have to make sure that the pot is growing as we share the pot, and that becomes the issue.

As you know, I have just come from Windsor, the heartland of the auto industry, which is in a terrible state of affairs at the present time. As goes the auto sector, so goes Ontario.

I am quite happy to redistribute the wealth using a guaranteed annual income, as an example of how that might happen, but I do not want to stop the pot from growing. I do not want to throw the baby out with the bath water here. I want to make sure there is something left. That is why I am having this difficult time. We need to keep those people at the middle, upper-middle and the upper income levels generating tax dollars.

An article appeared in my hometown paper not too long ago that quoted Mr. Flanagan, an advisor to this current Prime Minister, saying that they are "tightening the screws on the federal government" and "boxing in" its ability to participate financially in the affairs of the country. I do not want that to happen, so I keep struggling with ideas to say that we want to do this but we also do not want to limit the government's ability and responsibility. In Ontario now, we potentially have a terrible situation; it is not terrible yet, but if the auto sector continues to go south on us, it will get much worse.

Ms. Mounsteven: As Canadian pensioners, as we are seeing tax benefits coming out, we feel that "income tax" has become a bad word. Over the last number of years, income tax has come to be seen as bad. The government is telling us that it will put more money in our pocket with the tax credit, that it will give us our money back and that the money will somehow get trickled down because people will have more money to go out and buy. However, that does not happen.

même après l'application des crédits d'impôt, ou réduire les services publics, et c'est ce que nous voyons depuis 15 ou 20 ans. Rappelez-vous, les aînés se souviennent de bien des choses.

Nous ne vous demandons pas de recréer l'âge d'or du capitalisme, mais nous vous demandons de mettre tout le monde à l'avant-plan. Je crois que ce sera votre plus grand défi : aider les personnes à revenu moyen et à faible revenu sans entraîner une réduction des services en général.

Le sénateur Mercer : Je crois qu'il existe, du moins au Sénat, une certaine sympathie pour un revenu annuel garanti. Le sénateur Segal n'est pas le seul à défendre cette idée; c'est simplement à lui qu'on a passé le flambeau. Le sénateur Segal siège à mes côtés au Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts, et nous avons discuté beaucoup de la pauvreté rurale et du revenu annuel garanti.

L'idée de garantir un revenu annuel n'est pas mauvaise, mais nous devons nous assurer que la caisse se remplit à mesure que nous la vidons, et c'est là le problème.

Comme vous le savez, j'arrive tout juste de Windsor, cœur de l'industrie automobile, qui est en piteux état actuellement. La situation de l'Ontario est calquée sur celle du secteur de l'automobile.

Je serais très heureux de redistribuer la richesse à l'aide d'un revenu annuel garanti, si on devait choisir cette option, mais je ne veux pas que la caisse se vide. Je ne veux pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Je veux m'assurer qu'il reste quelque chose. C'est pourquoi j'hésite à appuyer cette idée pour l'instant. Nous devons nous assurer que les personnes de la classe moyenne, de la classe moyenne-supérieure ou de la classe supérieure sont en mesure de payer des impôts afin que nous ayons de l'argent.

Le journal de ma localité a publié récemment un article qui citait M. Flanagan, conseiller du premier ministre actuel, qui disait qu'il fallait serrer la vis au gouvernement fédéral et l'obliger à participer financièrement aux affaires du pays. Je ne veux pas que nous nous rendions là. Je continue donc à tenter de trouver des façons de dire que c'est ce que nous voulons faire, mais aussi que nous ne souhaitons pas limiter les capacités et la responsabilité du gouvernement. La situation actuelle de l'Ontario pourrait grandement se dégrader. Elle n'est pas encore dramatique, mais si le secteur de l'automobile continue d'aller vers le Sud, elle pourrait le devenir.

Mme Mounsteven : Nous, les retraités canadiens, quand nous voyons que de plus en plus d'avantages fiscaux sont offerts, nous avons l'impression que les mots « impôt sur le revenu » sont devenus des gros mots. Depuis quelques années, l'impôt sur le revenu est perçu comme une mauvaise chose. Le gouvernement nous dit que les crédits d'impôt nous permettront d'avoir plus d'argent, nous rendront notre argent, et que cet argent aura, en quelque sorte, des retombées puisque les gens auront plus d'argent pour sortir et consommer. Cependant, rien de tout cela ne se produit.

There is a huge depletion in services. We would like to see a reinstatement of what we used to have in the Employment Insurance benefits. We are told that we cannot afford it. Well, I think we need to start looking at affording it, because too many people cannot access Employment Insurance at times when they need it. Also, EI has been reduced here in Ontario. My understanding is that we get less EI in Ontario than in the rest of the country, however the ratio is worked.

The point is how income tax is promoted by our government. If we were told that we would have opportunities for better health care, that we could have a good pharmacare program and that we could really look at the whole issue of housing, we might feel differently about income tax. That is where we are coming from when we talk about tax credits.

We are not solely a women's organization. We have men in our organization who also agree with us and also have concerns about what is happening.

Ms. McGillivray: I agree with what Ms. Mounstevan is saying. I just finished doing my income tax return. Many of us older adults give to different charities to help them out. What a shock when you look at the line for how much deduction you get. That is a disincentive. However, it could be an incentive that could be broadened. Why is it that if I give to a political party, I get quite a bit of it back?

I am not a rich woman. At one time, I was an unattached parent with children to support. I put myself through university. I know what all this is about.

I want to speak about Employment Insurance. I think that is under federal jurisdiction.

Senator Mercer: It is.

Ms. McGillivray: I have a son. I should not personalize things here at the table, but I will. My son is 38 years of age. He is 6 feet 2 inches tall. He works in the gypsum mines out at Hagersville, in a 4-foot squatted position. He has been there for nine years. He is married. He has two little children.

My son is not unionized. He has had a couple of bad accidents, which, thank goodness, have not crippled him in any way. The immediate thing for the employer is to bring him back to work and put him in a chair.

I have asked my son whether he has looked down the road and wants to be doing this work until he is age 65. He said, "Well, Mom, you know, I make good money." They have cut back the job to three 12-hour days a week.

I told him he has to think about different things. He does not have much time, working 12-hour shifts, and they have a little horse farm and he cuts wood. I called up Manpower and asked

Il y a eu une importante diminution des services. Nous aimerions que les prestations d'assurance-emploi redeviennent ce qu'elles étaient à une certaine époque. On nous a dit que le pays n'en avait pas les moyens. Eh bien, je crois que nous devrions les trouver, les moyens, parce que trop de personnes n'ont pas accès à l'assurance-emploi au moment où elles en auraient besoin. L'assurance-emploi a aussi été réduite ici en Ontario. D'après ce que je comprends, l'assurance-emploi est moins élevée en Ontario que partout ailleurs au pays, quel que soit le ratio utilisé.

Le problème, c'est la façon dont notre gouvernement présente l'impôt sur le revenu. Si on nous disait qu'il nous permet d'avoir accès à de meilleurs soins de santé et à un meilleur régime d'assurance-médicaments, et qu'il pourrait véritablement régler les problèmes de logement, nous aurions peut-être un autre point de vue sur l'impôt. C'est ce à quoi nous pensons quand nous parlons des crédits d'impôt.

Nous sommes un organisme qui n'est pas exclusivement féminin. Nous comptons des hommes parmi nos membres, et ils sont d'accord avec nous et se préoccupent tout autant que nous de la situation.

Mme McGillivray : Je suis d'accord avec ce que dit Mme Mounstevan. Je viens tout juste de terminer ma déclaration de revenus. Nous sommes nombreux, parmi les aînés, à donner à des œuvres de bienfaisance pour les aider. C'est toutefois tout un choc de voir les déductions auxquelles nous avons droit. C'est très dissuasif. Il s'agit pourtant d'une mesure incitative dont on pourrait tirer profit. Pourquoi est-ce que, si je fais un don à un parti politique, une grande partie de l'argent me revient?

Je ne suis pas une femme riche. À une certaine époque, j'ai été une mère monoparentale et je devais m'occuper seule de mes enfants. J'ai payé moi-même ma formation universitaire. Je sais de quoi il s'agit.

J'aimerais parler de l'assurance-emploi. Je crois qu'il s'agit d'une compétence fédérale.

Le sénateur Mercer : En effet.

Mme McGillivray : J'ai un fils. Je ne devrais pas parler de ma vie privée ici, mais je vais le faire. Mon fils a 38 ans. Il mesure 6 pi 2 po. Il travaille dans les mines de gypse à Hagersville, et il doit travailler à quatre pattes. Il fait ce travail depuis neuf ans. Il est marié. Il a deux jeunes enfants.

Mon fils n'est pas syndiqué. Il a eu quelques accidents qui, heureusement, n'ont pas réduit ses capacités. La réaction immédiate de l'employeur, c'est de le ramener au travail et de lui trouver un emploi qu'il peut faire assis.

J'ai demandé à mon fils s'il avait envisagé d'autres possibilités et s'il voulait faire ce travail jusqu'à ce qu'il ait 65 ans. Il m'a répondu : « Tu sais, maman, je fais un bon salaire. » Ses heures ont été réduites et il travaille maintenant trois journées de 12 heures par semaine.

Je lui ai dit qu'il devait tenir compte de différentes choses. Il n'a pas beaucoup de temps puisqu'il fait des quarts de 12 heures, qu'il coupe du bois et qu'il possède une petite ferme équestre avec sa

whether my son is eligible for anything under Unemployment Insurance or retraining. He is at a good age, 38. He is not the swiftest kid in the world. He could not carry on to higher education. It just could not happen.

In order for him to get retraining, he has to work less than 20 hours a week. He will not do that; he needs the money. The person at Manpower said, "I should not be telling you this, but the best thing is, if he got laid off, then he could apply for training." Do you know what training is? It is 12 or 14 weeks. That is not long enough to take welding training, or work on refrigeration, or learn a skill. That is not long enough.

I think we seriously need to look at that to level the playing field. That is one way of doing it.

My other children are doing very well. I understand when you say "What about the middle class?" Of course. It is all about getting re-elected anyway. We all know about politics, although we are non-partisan at this table.

There are other ways of looking to broaden things. People want to hold on to their money. They are afraid of losing it. It is no secret we are sliding into a recession. Things are not going to get any better.

I graduated in 1980, and in 1982 we went into recession. I remember 1990, when I went into private business and we went into a recession. I know it is tough, and you want to have those breaks when you are filing income tax. There is a lot of room there that would be fair to everybody.

A new deal came out that you can put \$5,000 in the bank and not be taxed on it. Who does that serve? You do not have people who can put any away for their old age, let alone put \$5,000 in the bank.

What was the other deal for seniors? Income splitting. Let me tell you, 41 per cent of seniors are not even in that category. Many people do not have a spouse, for one reason or another. I do not need to tell you that; you have heard it from a lot of people.

Senator Chaput: Ms. McGillivray, you talked about the Older Women's Housing Co-operative, which was affordable housing. I believe you said it could be or it was a very good model for multi-ethnic, multi-social housing, but it is not being done anymore. Did I understand correctly?

Ms. McGillivray: Yes, you did.

Senator Chaput: Could you tell me more about that model, that co-operative?

famille. J'ai téléphoné à Main-d'œuvre et j'ai demandé si mon fils pouvait obtenir quelque chose comme de l'assurance-chômage ou du perfectionnement. Il est encore jeune, il a 38 ans. Ce n'est pas le garçon le plus intelligent du monde. Il ne pourrait pas faire des études supérieures. C'est tout simplement impossible.

Pour avoir droit à du perfectionnement professionnel, il devrait travailler moins de 20 heures par semaine. Il ne le fera pas; il a besoin de l'argent. La personne à qui j'ai parlé à Main-d'œuvre m'a dit : « Je ne devrais pas vous dire ça, mais ce qu'il pourrait lui arriver de mieux, ce serait d'être mis à pied. Il pourrait alors présenter une demande de formation. » Savez-vous de quel type de formation il s'agit? C'est une formation de 12 ou de 14 semaines. Ce n'est même pas assez long pour suivre une formation en soudage ou en réfrigération, ou pour acquérir une compétence. Ce n'est pas assez long.

Je crois que nous devons nous pencher sérieusement sur la question pour offrir des chances équitables à tous. Il s'agit d'une façon d'y parvenir.

Mes autres enfants s'en sortent très bien. Je comprends pourquoi vous dites qu'il ne faut pas oublier la classe moyenne. Évidemment. Il s'agit d'être réélu, quoi qu'il arrive. Nous connaissons tous la politique, même si nous sommes tous non partisans quand nous sommes à cette table.

Il y a peut-être d'autres façons de tirer profit de la situation. Les gens veulent conserver leur argent. Ils ont peur de le perdre. Tout le monde sait bien que nous allons vers une récession. La situation ne s'améliorera pas.

J'ai obtenu mon diplôme en 1980, et une récession a commencé en 1982. Je me souviens de 1990, quand je travaillais pour le secteur privé et que nous avons connu une récession. Je sais que c'est difficile et que les gens aiment avoir l'impression de respirer quand ils remplissent leur déclaration de revenus. Il y a de nombreuses possibilités à ce sujet qui permettraient d'être équitable envers tous.

Une nouvelle option est maintenant offerte : vous pouvez placer 5 000 \$ à la banque, et ce montant ne sera pas imposé. À qui cela profite-t-il? Les gens sont incapables de mettre de l'argent de côté pour leurs vieux jours; pensez-vous qu'ils sont capables de placer 5 000 \$ à la banque?

Quelle est l'autre option offerte aux aînés? Le partage du revenu. Laissez-moi vous dire que 41 p. 100 des aînés n'ont même pas accès à cette option. Bon nombre d'entre eux n'ont pas de conjoint, pour quelque raison que ce soit. Je ne vous apprends rien; bien d'autres vous l'ont déjà dit.

Le sénateur Chaput : Madame McGillivray, vous avez parlé de la Older Women's Housing Co-operative, un projet de logements abordables. Je crois que vous avez dit qu'il s'agissait ou qu'il pourrait s'agir d'un très bon modèle de logements sociaux multiethniques, mais qu'on ne construisait plus de logements de ce type. Est-ce que j'ai bien compris?

Mme McGillivray : Oui, vous avez bien compris.

Le sénateur Chaput : Pouvez-vous m'en dire plus sur ce modèle, sur cette coopérative?

Ms. McGillivray: It has been operating for 10 or 11 years now. There are 142 units in the building. Some are market rents and others are subsidized for low income. There is a certain percentage.

I am so glad you asked me that, because that is one of the things I wanted to say about housing. At the federal level, you do have some control over some of this, and that is to make it equitable for those who live in the building. There is a very long waiting list now, because people do not move out. It is not a seniors' building, it is multi-age, multi-ethnic, multi-income. The building is at 115 The Esplanade in downtown Toronto. If you ever get down there, do go in and ask for a tour. It is a wonderful model of a co-op building.

A co-op building, as you may know, is shared by all the tenants. They have their own board of directors, and they share in the work of the building. The Older Women's Network has our office on the main floor of that building. We pay rent. It is a gathering place for many people in the building as well as in the community. We are right across the street from PAL, which is the Performing Arts Lodges housing. A lot of interaction happens around the St. Lawrence Market downtown.

Co-ops are no longer built. I could be wrong, and Ms. Mounstevan can correct me, but I believe one co-op is being planned.

The beauty of this co-op building is that it offers a place to age in place. They have support services coming in. One of our colleagues and her husband just sold the house they lived in for 43 years and have moved into the co-op building. He is 92 years young, she is 89 and they are very active on our committees. It is wonderful, because the gentleman is brilliant. He was a professor at the university. He wanders a little bit now, but that is okay because there are services that come in the building. There is nothing wrong with his mind.

It is a wonderful model. It has a roof garden, which has taken awards. The new way of conserving energy is to put gardens up on the roof. It is just beautiful.

Did I answer your question?

Senator Chaput: Yes, you did. Thank you so much.

Senator Cordy: Thank you to all of you for being here. It is more like a friendly discussion around the table.

I do not know whether it was Ms. Hall or Ms. Mounstevan who talked about our having to be concerned about the well-being of future seniors. I am not sure that as a society we look upon aging as a continuum. We are actually aging from the time we are born. Yet, whenever one uses the word "aging," we think about people who are 65 years old or older.

Mme McGillivray : Elle existe depuis maintenant 10 ou 11 ans. L'immeuble compte 142 unités. Certaines sont louées au prix du marché, et d'autres sont subventionnées et louées à des personnes ayant un faible revenu. Il s'agit d'un certain pourcentage.

Je suis très contente que vous me posiez cette question parce que c'est une des choses que je voulais mentionner à propos du logement. Vous avez, à l'échelle fédérale, une certaine influence sur tout cela puisque c'est vous qui rendez la situation équitable pour toutes les personnes qui vivent dans l'immeuble. La liste d'attente est actuellement très longue parce que les gens ne déménagent pas. Ce n'est pas un immeuble d'ainés; c'est un immeuble pour les gens de toutes les ethnies, de tous les âges et de tous les niveaux de revenu. Il est situé au 115, The Esplanade, dans le centre-ville de Toronto. Si vous passez par là, un jour, entrez et demandez de visiter. Il s'agit d'un modèle fantastique de coopérative immobilière.

Comme vous le savez peut-être, une coopérative immobilière appartient à tous les locataires. Ils ont leur propre conseil d'administration et s'occupent des travaux à faire en collaboration. Le bureau du Older Women's Network se trouve au rez-de-chaussée de cet immeuble. Nous payons un loyer. C'est un lieu de rassemblement pour de nombreuses personnes de l'immeuble et de la collectivité. Nous sommes situés juste en face des logements de l'organisme PAL. Il y a beaucoup d'activités autour du St. Lawrence Market dans le centre-ville.

Il ne se construit plus de coopératives. Je me trompe peut-être, et Mme Mounstevan pourra me corriger, mais je crois qu'un projet de coopérative est en cours de planification.

Le grand intérêt de cette coopérative d'habitations, c'est qu'il s'agit d'un endroit où les gens peuvent vieillir. Ils ont accès à des services d'aide sur place. L'une de nos collègues vient tout juste de vendre la maison où elle habitait depuis 43 ans avec son mari, et ils ont déménagé dans la coopérative. Son mari est une jeunesse de 92 ans; elle a 89 ans, et ils sont tous deux très actifs au sein de nos comités. Le monsieur est un homme brillant. Il était professeur à l'université. Il a maintenant besoin d'un peu d'aide, mais tout va bien puisque des personnes qui offrent des services d'aide se rendent dans l'immeuble. Il a l'esprit tout à fait clair.

C'est un modèle fantastique. L'immeuble compte une toiture-jardin qui a été primée. C'est la nouvelle façon de conserver l'énergie : faire un jardin sur le toit. C'est merveilleux.

Est-ce que j'ai répondu à votre question?

Le sénateur Chaput : Oui, merci beaucoup.

Le sénateur Cordy : Je vous remercie tous de votre présence. C'est un peu comme une rencontre amicale, aujourd'hui.

Je ne sais pas qui de Mme Hall ou de Mme Mounstevan a parlé du fait que nous devrions nous préoccuper du bien-être des futurs aînés. Je ne pense pas que, en tant que société, nous voyions le vieillissement comme un processus continu. Toutefois, nous commençons à vieillir dès notre naissance. Pourtant, quand nous utilisons le mot « vieillissement », nous pensons aux personnes de 65 ans et plus.

How do we get the public to realize that if they are lucky, they will be seniors? The alternative is quite the contrary.

You mentioned the young people of today, not the baby boomers, but the young people. My daughters are ages 30 and 28. I look at them and their friends, and I see a lot of contract work today; many are not receiving benefits but are assigned a contract for six months or a year.

You also spoke about the underemployment of immigrants who are professionals who are not working in their field but rather are driving taxis, for example.

We have certainly moved to defined contributions and away from defined benefits, so your savings are at the mercy of however you have chosen to invest them.

All of those things are valid when you look at Ms. Hall's comment about the well-being of our future seniors. I am wondering, when we talk about aging and demographics, how we portray that to the public and to young people particularly, who are inclined, as we were when we were in our twenties, to think that it does not affect them. How do we get them engaged in the whole issue of aging well?

Ms. Hall: That is a big challenge for all of us. I was amused recently to hear on the radio about a professional financial advisor, obviously making money, who was going into the schools to encourage 11-year olds to start their RRSPs and to expound the wonderful benefits of compound interest. That is fine, but what about the 11-year olds who are perhaps pretending they are older to work or cutting the neighbours' lawn, doing something to help the family income, not to buy the latest gadget or to put something into an RRSP? We are not in the Dickens' time, but it does still happen.

Quite often when I am talking to people of your children's age group, they want to know what we are doing. People I know personally will ask, "Why are you putting effort into this? Why should you care? Why should you bother?" I tell them "I am doing it for your generation," and that makes them stop and think, because they know me personally; they can relate to me and they understand that they will be getting old. I am having a fairly vigorous old age. They would like to have a vigorous old age. Should they be thinking about it now?

That personal interaction has an impact, but there is also the combination of countering ageism. I was talking to a First Nations elder this week who is chief of her reserve. We were talking about younger people. I said that many people, especially the boomer generation but perhaps those younger as well, do not want a word associated with growing older. Are they afraid of it? As you said, senator, the alternative might scare them more.

Comment pouvons-nous faire comprendre aux gens que, s'ils sont chanceux, ils deviendront des aînés? Le contraire serait plutôt malchanceux.

Vous avez parlé des jeunes d'aujourd'hui, non pas de la génération du baby-boom, mais bien des jeunes d'aujourd'hui. Mes filles ont 30 et 28 ans. Je regarde leur situation et celle de leurs amis, et je constate qu'il y a, aujourd'hui, beaucoup de travail à contrat; bon nombre d'entre eux ne reçoivent pas d'avantages sociaux, mais se voient attribuer des contrats de six mois ou d'un an.

Vous avez aussi parlé du sous-emploi des immigrants professionnels qui ne travaillent pas dans leur domaine et qui doivent plutôt se contenter de conduire un taxi, par exemple.

Il y a certainement de plus en plus de régimes à cotisations déterminées et de moins en moins de régimes à prestations déterminées, ce qui signifie que vos économies dépendent de la façon dont vous avez choisi de les investir.

Ce sont tous des éléments pertinents si l'on pense au commentaire de Mme Hall sur le bien-être des futurs aînés. Je me demande, au sujet du vieillissement et de la démographie, de quelle façon nous devons présenter ces sujets au grand public, et plus particulièrement aux jeunes, qui ont tendance, comme nous quand nous avions 20 ans, à penser que cela ne les concerne pas. Comment pouvons-nous les sensibiliser à l'importance de bien vieillir?

Mme Hall : C'est un défi important pour chacun d'entre nous. Ça m'a fait rire, récemment, quand j'ai entendu parler, à la radio, d'un conseiller financier professionnel, qui de toute évidence réussit, qui se rendait dans les écoles pour inciter des jeunes de 11 ans à investir dans un REER et pour leur expliquer les merveilleux avantages des intérêts composés. D'accord, mais qu'en est-il du jeune de 11 ans qui prétend être plus vieux pour pouvoir travailler ou qui coupe le gazon de son voisin pour aider sa famille, et non pas pour s'acheter le dernier gadget ou pour investir dans un REER? Ce n'est plus l'époque de Dickens, mais cela arrive encore.

Bien souvent, quand je parle à des gens qui font partie de la génération de vos enfants, ils me demandent ce que je fais. Des gens qui me connaissent bien me demandent : « Pourquoi fais-tu tous ces efforts? Pourquoi devrais-tu t'en occuper? Pourquoi te fais-tu du souci? » Je leur réponds que je le fais pour leur génération, et cela les fait réfléchir parce qu'ils me connaissent, personnellement. Ils peuvent s'identifier à moi, et ils comprennent qu'ils vieilliront, eux aussi. J'ai une vieillesse assez dynamique. Ils aimeraient avoir une vieillesse comme la mienne. Devraient-ils commencer à y penser maintenant?

Les interactions sur le plan personnel sont importantes, mais il faut aussi combattre l'âgeisme. Je discutais, cette semaine, avec une aînée des premières nations qui est chef de sa réserve. Nous discutons des jeunes, je disais que bien des gens, surtout de la génération du baby-boom, mais aussi des gens plus jeunes, ne veulent pas d'un terme qui signifie qu'ils vieillissent. Ont-ils peur? Comme vous l'avez dit, sénateur, c'est peut-être l'autre possibilité qui leur fait le plus peur.

To my friend, "elder" is an honourable word, and she had no problem with "senior." She felt there was something sadly lacking in the way these young people had been brought up.

I think it is incumbent on all of us who are concerned with what happens to other people and not just ourselves, as obviously you all are, being in public life. Perhaps your report will be the beginning of that process.

Senator Cordy: I would like to turn now to the guaranteed annual income, which we have already spoken about today. I am also on a committee that is studying poverty related to cities, chaired by Senator Eggleton from Ontario.

The idea of a guaranteed income has come up at several of our meetings. Yesterday, we had a number of people from the Toronto area who were affiliated with anti-poverty groups. The issue was raised with them about guaranteed income. One gentleman commented that at face value it sounds very good, but he and most of the panel members were afraid that it would affect other social programs. They specifically mentioned Employment Insurance. I know one of you stated that if we had a guaranteed income, we would do away with Employment Insurance. His concern in fact was the opposite, that if we had a guaranteed annual income, that would happen, we would get rid of Employment Insurance.

If you look at Employment Insurance not specifically related to seniors, would the parental leave plan be thrown out the window if we had a guaranteed annual income? If the woman is out of the workplace and the man is in the workplace, then the family income might be such that they would not qualify for parental leave benefits, which could cause financial hardship to the family. What would happen to other types of Employment Insurance benefits, like the caregiver leave for palliative care?

Ms. McGillivray: Just to clarify, we know from reading in the newspaper that it was Senator Segal who said he supported a guaranteed annual income, but throw out Employment Insurance and welfare benefits. No one will endorse that in a million years. We need all the programs.

When I was in social work, the question was always who will you throw out of the boat. I do not happen to believe there is a scarcity of resources in this country. I think this is a very rich country. I think there is misuse of our resources.

A guaranteed annual income is not a difficult thing when one looks at the income tax and at the ways in which the allowances are made for certain incomes. It is just a matter of topping up

Mon amie estime que le mot « aîné » est un mot honorable, et elle n'a rien contre le terme « personne âgée » non plus. Elle pense que la façon dont ces jeunes ont été élevés présentait malheureusement des failles.

Je crois que c'est à nous d'agir, nous qui nous préoccuons des autres et pas seulement de nous-mêmes, comme c'est évidemment votre cas à tous puisque vous avez choisi de travailler auprès du grand public. Votre rapport marquera peut-être le début du processus.

Le sénateur Cordy : J'aimerais maintenant revenir à la question du revenu annuel garanti, dont nous avons parlé plus tôt aujourd'hui. Je fais aussi partie d'un comité qui étudie la pauvreté dans les villes, et qui est présidé par le sénateur Eggleton, de l'Ontario.

L'idée d'un revenu garanti a été évoquée à plusieurs reprises dans nos rencontres. Hier, nous avons reçu un certain nombre de personnes de la région de Toronto affiliées à des groupes de lutte contre la pauvreté. On a abordé, avec elles, la question du revenu garanti. Un intervenant a fait remarquer que l'idée semblait très bonne en soi, mais il craignait, comme la plupart des personnes présentes, qu'un revenu garanti ait des répercussions sur d'autres programmes sociaux. Il a mentionné, plus particulièrement, l'assurance-emploi. Je sais que l'un d'entre vous a dit que si nous avions le revenu garanti, nous n'aurions pas besoin de l'assurance-emploi. Cet intervenant était plutôt préoccupé par la situation inverse : il craignait que, si le gouvernement décidait d'adopter le revenu annuel garanti, il se débarrasserait de l'assurance-emploi.

Que ferait-on des prestations d'assurance-emploi qui ne sont pas offertes aux aînés en particulier — comme le régime de congé parental — si nous adoptions le revenu annuel garanti? Les éliminerait-on? Si la femme est en congé et que l'homme travaille, le revenu familial pourrait être assez élevé pour qu'il ne soit pas admissible à des prestations parentales, ce qui pourrait placer la famille dans une situation difficile sur le plan financier. Qu'arriverait-il aux autres types de prestations d'assurance-emploi, comme le congé pour aidant naturel qui offre des soins palliatifs?

Mme McGillivray : J'aimerais simplement apporter une précision : nous savons, parce que nous l'avons lu dans les journaux, que c'est le sénateur Segal qui a dit qu'il appuyait le revenu annuel garanti, mais qu'il éliminerait alors les prestations d'assurance-emploi et d'aide sociale. Jamais dans cent ans quelqu'un ne viendra appuyer cette idée. Nous avons besoin de tous les programmes.

Quand je m'occupais de travail social, on nous demandait constamment qui nous allions jeter à la mer. Je ne pense pas qu'il y ait pénurie de ressources dans notre pays. Je crois que le Canada est un pays très riche. Je pense que les ressources sont mal utilisées.

Ce n'est pas difficile d'offrir un revenu annuel garanti si on tient compte de l'impôt sur le revenu et de la façon dont certains revenus sont traités. Il s'agit simplement d'offrir un supplément

incomes, which they do anyway in other ways. However, I do not think we want that at the sacrifice of losing social programs.

Senator Cordy: Thank you. I was hoping you would say that.

Yesterday, one of our witnesses was presenting from India, which is quite amazing when you think what technology can do today. He had done a UN report in Canada on poverty in Canada, and he basically asked why a country as rich as Canada is has so many poor people. There was a government response, which I have never seen, but our committee will be looking for that response, and I will be interested to read what they said.

I am also interested in your comments, Ms. McGillivray, about women's shelters and senior women. I have tended to think of women's shelters as being for younger women and their children. You are absolutely right. We have not been looking at how we meet the needs of senior women when we look at housing and shelters. If I were 65 or 70 years old, I am not sure that I would want to be put in the same housing with a lot of two- and three-year olds.

Is there a movement to look specifically at meeting the needs of senior women?

Ms. McGillivray: You are perfectly right. That was what our study found.

To begin with, the study was developed to address issues around the abuse of older women. They were coming in droves. We look at abuse generally. I sort of endorse the theory that it starts with child abuse, then adult abuse, and it continues into old age. There is a continuum. Naturally, as our demographics have moved along, we have a larger population, which is mainly women, although some men also fall into that category and suffer from abuse.

I do not need to tell this committee that older people have a certain amount of reserve and privacy. They do not want to share their personal stories. There is a great reluctance to have to admit to anyone that you are in an abusive situation. In fact, I worked in the field, and there were many situations where women said, "Well, we are getting on in age now. I will just put up with it. He will die pretty soon." Some of the results are pretty sad.

The Older Women's Network got some funding to explore the needs of older women and identified something you just said, that shelters are not geared to older adults who would like to have a little quiet time, a little privacy.

Larger than that was the fact that shelters did not take any statistics on age, or education, or a lot of other things. They considered all that private and confidential. I suppose from their

au salaire, ce que l'on fait déjà de toute façon par d'autres moyens. Je crois toutefois qu'on ne doit pas sacrifier nos programmes sociaux en échange.

Le sénateur Cordy : Merci. C'est ce que j'espérais entendre.

Hier, l'un des intervenants a présenté son témoignage à partir de l'Inde, et c'est assez extraordinaire de voir ce que la technologie permet aujourd'hui. Il avait rédigé au Canada un rapport pour les Nations Unies sur la pauvreté au Canada et demandait, essentiellement, comment un pays aussi riche que le Canada pouvait compter autant de pauvres. Le gouvernement a répondu à ce rapport; je n'ai jamais vu cette réponse, mais notre comité tentera de la trouver et j'aimerais bien savoir ce qu'elle contient.

Ce qui m'a aussi intéressé, dans vos commentaires, madame McGillivray, c'est ce que vous avez dit à propos des refuges pour les femmes et des femmes âgées. J'ai toujours pensé que les refuges pour femmes s'adressaient davantage aux femmes plus jeunes et à leurs enfants. Mais vous avez tout à fait raison. Nous n'avons pas pensé à répondre aux besoins des femmes âgées quand nous nous sommes penchées sur le logement et les refuges. Si j'avais 65 ou 70 ans, je ne suis pas sûre que j'aimerais me retrouver dans le même refuge que plusieurs enfants de deux ou trois ans.

Y a-t-il un mouvement qui vise particulièrement les besoins des femmes âgées?

Mme McGillivray : Vous avez tout à fait raison. C'est ce que notre étude a révélé.

L'étude visait d'abord à connaître les enjeux concernant les femmes âgées victimes de violence. Et il y en avait beaucoup. Nous parlons de la violence en général. Je suis plutôt d'accord avec la théorie selon laquelle la violence commence dans l'enfance, se poursuit à l'âge adulte, et est encore présente pendant la vieillesse. Il s'agit d'un continuum. Évidemment, conformément aux données démographiques, notre population est de plus en plus importante et est surtout composée de femmes, même si certains hommes entrent aussi dans cette catégorie et sont victimes de violence.

Je n'ai pas besoin de vous dire, mesdames et messieurs les membres du comité, que les aînés font en général preuve de réserve et tiennent à leur vie privée. Ils n'aiment pas raconter leurs histoires personnelles. Ils hésitent beaucoup à reconnaître devant quelqu'un qu'ils sont victimes de violence. J'ai travaillé sur le terrain et, bien souvent, les femmes me disaient : « Eh bien, c'est comme ça que nous vivons depuis déjà longtemps. Je vais m'en accommoder. Il devrait mourir bientôt. » Les résultats sont parfois plutôt tristes.

Le Older Women's Network a reçu du financement pour étudier les besoins des femmes âgées et a constaté, comme vous venez de le dire, que les refuges ne répondent pas aux besoins des aînés qui ont besoin d'un peu de paix et qui ont besoin que l'on respecte leur vie privée.

De plus, l'un des problèmes était que les refuges ne conservent pas de statistiques sur l'âge, sur le niveau d'instruction, ou sur bien d'autres éléments. Ils estiment qu'il s'agit là de

perspective it was, but from another perspective, if you do not have the information then you cannot develop the programs that are needed to address that population.

That shelter study changed the way that family services dealt with older people who were complaining about abuse. I would like to replicate that study now, 20 years later, to find out whether there has been any change.

Ms. Mounsteven: When we did our study on holding on to housing in the rural areas, we heard people not understanding about the number of people who were homeless. We saw the numbers of older women who were at risk of losing their home. Many times, we found that they were being sheltered for a short period of time with family members. They would stay there only for a little while, then they would have to move on. It came as a great surprise to the smaller rural areas how many people actually were in that category.

We also found in this study that when we look at age, we are talking about a senior at age 65. However, when people are at risk or are homeless, the aging process is very much tied to the age of 45. People who are at that type of risk, who are living on the street or in shelters are of course concerned about where they will live, how much food they will put in their bodies, and what health risks they face.

I was part of a founding group that started a drop-in program for women in the late 1970s. It was surprising to us who walked through our door. It was mainly women who were over age 50. We saw younger women, but they are more resilient compared to the population of older women, and when you look at men as well.

In the city of Toronto we have done away with detox centres. The detox centres, which had mostly men coming to them, were wonderful, because we found that we were able to really give care, both physical care, to look at the health of feet and to begin perhaps to get some food into their bellies, and care such as beginning to look at what was possible in terms of finding housing. Detox centres have now disappeared. I know they are doing satellite centres and it is different, but there are a variety of ways of looking at who is housed and under-housed.

I live in a housing co-op, part of a federal co-op. There are two kinds of co-ops. There are the federal co-ops, and there is what used to be called the provincial co-ops, which were downloaded to the municipalities. We had to fight very hard for the federal co-ops not to be downloaded to the province, which would then have downloaded them to the municipalities.

renseignements confidentiels et personnels. Je suppose que, de leur point de vue, c'est le cas, mais d'un autre point de vue, si on ne dispose pas de ces renseignements, on ne peut élaborer les programmes dont les aînés ont besoin.

Grâce à l'étude sur les refuges, la façon dont les services familiaux s'occupent des aînés qui prétendent être victimes de violence a changé. J'aimerais que nous puissions refaire cette étude maintenant, 20 ans plus tard, pour savoir si les choses ont changé.

Mme Mounsteven : Quand nous avons fait notre étude sur les aînés qui réussissent à rester chez eux dans les régions rurales, nous avons constaté que les gens ne comprennent pas qu'autant de personnes sont sans abri. Nous avons constaté qu'un grand nombre de femmes âgées risquaient de perdre leur logement. Dans bien des cas, elles étaient hébergées par des membres de la famille pendant de courtes périodes. Elles y restaient quelque temps, puis elles devaient déménager. Les gens des petites régions rurales ont été très étonnés d'apprendre que c'était le cas d'un grand nombre de femmes.

Cette étude nous a aussi permis de constater que, quand on parle des aînés, on parle de personnes qui ont 65 ans et plus. Cependant, pour les personnes sans abri ou qui risquent de le devenir, le processus de vieillissement commence davantage à partir de l'âge de 45 ans. Les personnes qui vivent ce type de risque, qui vivent dans la rue ou dans des refuges se préoccupent de l'endroit où elles dormiront, de la nourriture qu'elles réussiront à trouver, et des risques pour la santé auxquels elles s'exposent.

À la fin des années 1970, j'ai fait partie d'un groupe qui a mis sur pied un programme de dépannage pour les femmes. Nous avons été étonnés de voir qui étaient les femmes qui franchissaient nos portes. C'était essentiellement des femmes de plus de 50 ans. Nous aidions aussi des jeunes femmes, mais ces dernières sont plus résistantes que les femmes âgées et que les hommes.

À Toronto, nous avons éliminé les centres de désintoxication de la ville. Nous avons découvert que ces centres, qui accueillaient essentiellement des hommes, étaient fantastiques puisqu'ils réussissaient vraiment à donner des soins, que ce soit des soins physiques — s'occuper de la santé des pieds et peut-être commencer à leur donner de la nourriture — ou d'autres types de soins — les aider à connaître les possibilités de trouver un logement. Les centres de désintoxication ont maintenant disparu. Je sais que la ville compte des centres satellites, ce qui est différent, mais il existe plusieurs façons de savoir qui possède un logement convenable et qui n'en possède pas.

J'ai habité dans une coopérative d'habitations en partie financée par le gouvernement fédéral. Il existe deux types de coopératives. Il y a les coopératives fédérales, et il y a ce que nous appelions les coopératives provinciales, qui sont maintenant la responsabilité des municipalités. Nous avons dû lutter énergiquement pour que les coopératives fédérales ne deviennent pas la responsabilité des provinces, qui en auraient fait la responsabilité des municipalités.

The co-op housing movement is a large movement across Canada. In Toronto, in one area around The Esplanade there are some 20 housing co-ops.

At present, the difficulty with co-ops is that because of the way they are funded, particularly the federal co-ops, as we pay off our mortgage, there is less money available for us to give subsidy. This year, we have lost \$1,000 a month subsidy money for people who are living in our co-op. That means that as I pay my market rent, a portion goes to subsidize someone else in my house.

The other part is that for 10 years we have not been able to bring anyone else into our co-op who needs a subsidy. I would ask you to look at what is happening. We used to have what we thought was an arrangement with Canada Mortgage and Housing, but CMHC has determined that they will no longer be giving — even if we looked at what the original agreement was based on, when at that time many of the co-ops were being funded on a 17 per cent interest rate on mortgage, and now we have a 4 per cent or 5 per cent interest rate on mortgage. Therefore, the amount of money now available is less because of that mortgage interest. There was no interest in our getting an arrangement to do more of the subsidizing.

The Chair: I will have to call this panel to an end.

Due to the power of the Internet and someone who is an expert at it, I can now tell you about the 2006 changes to the guidelines for funding with Status of Women. The word “equality” was dropped; operating budgets were cut by \$5 million over two years; and organizations engaged in advocacy or government lobbying were no longer eligible for funding, nor was there funding for research projects. The previous objectives, such as helping women’s organizations participate in the public policy process and increasing public understanding of women’s equality issues, have been eliminated from government literature.

The new objective is “to facilitate women’s participation in Canadian society by addressing their economic, social and cultural situation through Canadian organizations.”

Senator Mercer: What does that mean?

The Chair: I am not sure.

The program also favours small projects providing direct services to individual women. For-profit and religious organizations are also eligible.

In April 2007, to be fair, the grant funding was increased to \$15.3 million, in two components: the Women’s Community Fund, which will support projects at the local, regional and national level, although nobody seems to know what the projects are; and the Women’s Partnership Fund, which is inherent to

Le mouvement de logements coopératifs est un mouvement important à l’échelle du Canada. À Toronto, seulement dans la zone autour de The Esplanade, on compte quelque 20 coopératives d’habitations.

À l’heure actuelle, le problème, avec les coopératives, particulièrement des coopératives fédérales, c’est leur mode de financement : quand nous remboursons notre hypothèque, nous avons moins d’argent pour offrir des subventions. Cette année, nous avons perdu 1 000 \$ par mois en subventions pour les personnes qui vivent dans notre coopérative. Cela signifie que, quand une personne paie son loyer au prix du marché, une partie de l’argent sert à subventionner une autre personne dans l’immeuble.

Un autre aspect, c’est que, depuis dix ans, nous n’avons pas réussi à attirer dans notre coopérative une personne ayant besoin d’une subvention. Je vais vous expliquer ce qui se passe. Nous pensions avoir une entente avec la Société canadienne d’hypothèques et de logement, mais la SCHL a décidé qu’elle ne donnait plus d’argent — même si l’on tient compte de l’entente originale et du fait que, à l’époque, bon nombre de coopératives recevaient un financement pour un taux d’intérêt de 17 p. 100 sur l’hypothèque, tandis que maintenant les taux d’intérêt sont de 4 ou 5 p. 100. Cela signifie que le montant offert est maintenant moins élevé en raison de ce taux d’intérêt. Il n’y avait aucun intérêt, pour nous, à conclure une entente pour verser une plus grande part des subventions.

La présidente : Je vais devoir mettre fin à cette ronde.

Grâce au pouvoir d’Internet et d’une personne qui s’y connaît bien, je peux dès maintenant vous dire les changements qui ont été apportés en 2006 aux lignes directrices concernant le financement de Condition féminine. Le mot « égalité » a été abandonné; le budget de fonctionnement a été réduit de cinq millions de dollars sur deux ans; et les organismes qui s’occupent de défense des intérêts ou qui font du lobbying auprès du gouvernement ne sont plus admissibles à du financement, tout comme les projets de recherche. Les objectifs précédents, soit d’aider les organismes de femmes à prendre part au processus des politiques publiques et aider le grand public à comprendre les enjeux que vivent les femmes en matière d’égalité, ont été éliminés des documents du gouvernement.

Le nouvel objectif consiste à « faciliter la participation des femmes à la société canadienne en améliorant leur situation économique, sociale et culturelle par l’intermédiaire des organismes canadiens ».

Le sénateur Mercer : Qu’est-ce que ça veut dire?

La présidente : Je ne suis pas certaine.

Le programme appuie aussi les petits projets qui offrent des services directement aux femmes. Les organismes religieux et sans but lucratif sont aussi admissibles.

Si je veux être juste, je dois toutefois souligner que le financement versé en subventions a connu une augmentation et atteint 15,3 millions de dollars. Il se divise en deux volets : le Fonds communautaire pour les femmes, qui encourage des projets à l’échelle locale, régionale et nationale, même si personne ne

current government programs and will facilitate the engagement of eligible organizations and public institutions through projects addressing issues pertaining to women.

The money has been returned and some of it has been added, but the whole purpose, the advocacy, the government lobbying and the research initiatives have all been changed in that direction.

Ms. McGillivray: We are an advocacy group. We also could not get a charitable number because we are an advocacy group, and we only deal with one gender. So we are nowhere.

The Chair: I want to thank you all very much for your presentations this afternoon.

Senators, now appearing before us we have, on behalf of the City of Welland Accessibility Advisory Committee, Mr. Russ Findlay; on behalf of the Rose City Seniors Activity Centre, our host this afternoon, for which we are extremely grateful, Mr. John Rose; on behalf of the Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland, Mr. Doug Rapelje; on behalf of the Francophone Community Health Centre Hamilton/Niagara, Mr. Marcel Castonguay; and on behalf of Foyer Richelieu, Mr. André Tremblay.

Russ Findlay, Chair, Welland Accessibility Advisory Committee: Two years ago, I had the thrill of being a presenter before the provincial legislature's Standing Committee on Social Policy when it was in its public input phase for the Accessibility for Ontarians with Disabilities Act. This is equally thrilling for me.

In my submission to you, I tried to provide you with only new information, and that information from the perspective of a person with a disability.

In recent months, I have been preaching the same message to anyone who will listen. The message is that as a society we have readily come to accept the fact that as seniors age, they often develop disabilities, but too often overlooked is the fact that people with disabilities do become seniors. As such, planning for support, services, programs, facilities — like the one we are sitting in — is often overlooked for that segment of society, 5 million of us, according to the most recent Participation and Activity Limitation Survey, PALS. That is the Statistics Canada survey that identifies a disability as one that limits a person's participation in the activities of daily living.

However you view my remarks and submissions, there is one overlying problem, and I am sure you will see it all across Canada, and it is a problem of equality.

semble savoir quels sont ces projets; le Fonds de partenariat pour les femmes, qui fait partie intégrante des programmes gouvernementaux actuels et qui vise à mobiliser des organismes admissibles et des organismes publics dans le cadre de projets qui visent à répondre aux besoins des femmes.

L'argent a été renvoyé, et du financement a été ajouté, mais l'objectif général, la défense des intérêts, le lobbying auprès du gouvernement et les projets de recherche — tout cela a changé pour la nouvelle orientation.

Mme McGillivray : Nous sommes un groupe de défense des intérêts. Nous ne pourrions pas non plus obtenir un numéro d'organisme caritatif puisque nous sommes un groupe de défense des intérêts et que nous nous occupons seulement des femmes. C'est comme si nous n'existions pas.

La présidente : J'aimerais tous vous remercier d'être venus nous parler cet après-midi.

Mesdames et messieurs, nous entendrons maintenant, au nom du Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland, M. Russ Findlay; au nom du Centre d'activités des aînés de Rose City, notre hôte cet après-midi, que j'aimerais remercier de grand cœur, M. John Rose; pour le Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland, M. Doug Rapelje; pour le Centre de santé communautaire francophone Hamilton/Niagara, M. Marcel Castonguay, et au nom du Foyer Richelieu, M. André Tremblay.

Russ Findlay, Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland : Il y a deux ans, j'ai eu le plaisir de comparaître devant le Comité permanent de la politique sociale de l'assemblée législative provinciale quand il cherchait à obtenir l'avis du public sur la Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario. Je suis tout aussi heureux de comparaître devant vous aujourd'hui.

Dans mes observations, j'ai tenté de seulement vous fournir de nouveaux renseignements, et ce, du point de vue d'une personne handicapée.

Depuis quelques mois, je tente d'inculquer un message à tous ceux qui veulent l'entendre. Ce message est le suivant : en tant que société, nous en sommes venus à accepter que, à mesure que les personnes âgées vieillissent, elles sont souvent atteintes d'un handicap, mais, trop souvent, nous oublions que les personnes handicapées deviennent, elles aussi, des personnes âgées. Nous omettons souvent de prévoir un soutien, des services, des programmes, des installations — comme l'endroit où nous sommes assis — pour ce segment de la société, qui, selon la plus récente Enquête sur la participation et la limitation d'activités (EPLA), compte cinq millions de personnes. L'EPLA est une enquête menée par Statistique Canada et qui définit un handicap comme quelque chose qui limite la participation d'une personne aux activités de la vie quotidienne.

Cependant, si vous lisez mes observations, vous constaterez qu'il y a un problème sous-jacent, et je suis certain que vous le verrez dans tout le Canada; il s'agit d'un problème d'égalité.

If you draw a line in Ontario through York Region, north of Toronto, the have-nots are north and the haves are south. I say that in the context of services and supports for persons with disabilities. Many people migrate to the south because of the availability of services and supports, but not all people do. Those people who choose to live north of this line are forced to live, as they age, without the supports and services that we, in the south, have come to expect and that are readily available.

I believe that Human Resources and Social Development Canada has a role to play in equalizing these disparities across the province. I am sure you will see the disparities all across Canada.

It is not realistic to expect that, in an attempt to equalize supports and services, every municipality would have a centre such as this. However, I think it is realistic to expect a regional model for service and support delivery, one that may be a traveling road show that goes out to municipalities for a number of days, perhaps a week, and offers the much needed services to seniors with disabilities in those municipalities.

That ends my few minutes of opening remarks, senators. I hope you have some questions on my submission.

John Rose, Vice-Chair, Rose City Seniors Activity Centre: The Rose City Seniors Activity Centre, I have to say, is definitely the activities centre. We keep everybody moving. People have come here wanting to rent a room overnight, and some have thought this was a bed and breakfast, and we have had to explain to them that is a seniors' activity centre. I must say that Rose City Seniors Activity Centre is not named after me.

It is a privilege to have this committee come to Welland and start your campaign here. I understand you are going right across the country, to B.C. and all over the place. It is a privilege to have you people here.

I hope you had the opportunity to tour our centre. We are very proud of this centre. It is noted all over Ontario. We have been to Guelph to look at theirs, and they have a beautiful one there, but we do not take a back seat to them or anybody else.

Most of our people are volunteers, even our kitchen. I think you enjoyed your meal. That was made by our staff who help here in our kitchen, cook and everything. They cook their own meals and bake their own pies.

We have so many members that we are now of expanding the centre. We hope the shovel goes in the ground this fall or early next year.

Si vous tracez une frontière en Ontario à travers la région de York, au nord de Toronto, vous verrez que les démunis se trouvent au nord de cette frontière, et les nantis, au sud. Je dis cela dans le contexte des services et du soutien pour les personnes handicapées. De nombreuses personnes s'installent au sud en raison de la disponibilité des services et du soutien, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Ceux qui choisissent d'habiter au nord de cette frontière sont forcés de vivre, à mesure qu'ils vieillissent, sans le soutien et les services que nous, au sud, tenons pour acquis, car ils sont toujours disponibles.

Je crois que Ressources humaines et Développement social Canada a un rôle à jouer dans la disparition de ces disparités d'une région à l'autre de la province. Je suis certain que vous pourrez voir ces disparités dans tout le Canada.

Il n'est pas réaliste de penser qu'on pourra fournir un soutien et des services équitables en construisant un centre comme celui-ci dans chaque municipalité. Toutefois, je pense qu'il est réaliste de demander un modèle régional pour la prestation de services et le soutien, qui pourrait prendre la forme d'un service itinérant qui s'installe dans chaque municipalité pendant un certain nombre de jours ou pendant une semaine, et qui offre aux personnes âgées handicapées dans ces municipalités les services dont ils ont tant besoin.

Voilà ce qui termine ma déclaration préliminaire de quelques minutes, mesdames et messieurs. J'espère que vous me poserez des questions sur mes observations.

John Rose, vice-président, Centre d'activités des aînés de Rose City : Je dois dire que le Centre d'activités des aînés de Rose City est définitivement un centre d'activités. Nous faisons bouger tout le monde. Il y a des gens qui sont venus ici pour louer une chambre pour la nuit, et certains ont cru qu'il s'agissait d'une chambre d'hôtes. Nous avons dû leur expliquer qu'il s'agit d'un centre d'activités pour aînés. Je dois dire que le Centre d'activités des aînés de Rose City ne prend pas son nom de moi.

Le fait que votre comité soit venu à Welland pour commencer sa campagne ici est un privilège pour nous. J'ai entendu dire que vous voyagerez partout dans le pays et irez jusqu'en Colombie-Britannique. C'est un privilège pour nous de vous accueillir ici.

J'espère que vous avez eu l'occasion de visiter notre centre. Nous en sommes très fiers. Ce centre est connu partout en Ontario. Nous sommes allés à Guelph et avons visité leur centre. Il est très beau, mais, parmi tous les centres en Ontario, nous tenons notre place.

La plupart des gens qui travaillent avec nous sont des bénévoles, même ceux qui sont dans la cuisine. Je pense que vous avez apprécié votre repas. Il a été préparé par notre personnel qui aide dans la cuisine en préparant les repas et en faisant un peu de tout. Ils préparent de bons plats maisons et font leurs propres tartes.

Nous avons tellement de membres que nous envisageons d'agrandir le centre. Nous espérons que les travaux commenceront cet automne ou au début de l'année prochaine.

We charge only \$21 a year for a member to belong here — \$21 a year for everything that goes on here. We are not in the process of making money; we are in the process of keeping people active. You will notice there are no television sets in this building. We do not want them to come here and sit and watch television. They are active.

I will mention a few of the activities we do here. We have five-pin bowling in a bowling alley we rent, 500 cards, billiards, book club, bingo, bridge, carpet bowling, jacks, computer club, and country and western bands. We have three bands that practise here all the time. In fact, there is a dance tonight. We also have cribbage, darts, dances. The 50-plus variety drama club has two shows a year, and this place is packed. We have Euchre, Rummoli, Scrabble, a sewing circle, quilting, shuffleboard, Tai Chi, Velvetones, woodworking, woodcarving.

As you can see, we do not stand still. We are doing something. We want to keep the senior citizens active, and that is what we do.

The book that we were sent to look through to see what we thought or could add to it took me about three hours to read through. The advisory board of the Rose City Seniors Activity Centre had a meeting on that, and we came up with the following suggestions.

We are concerned about the lack of an adequate inter-city transportation system. The City of Welland no longer has a full complement of specialists in all health fields. With the centralization of specialists in various locations throughout the Niagara Region, there is no inter-city transportation system in place that would allow seniors who are no longer able to drive to keep out-of-town appointments. Many have different specialists in Port Colborne, St. Catharines or Niagara Falls, and they have to get to those appointments. With the advent of a new central health care facility in St. Catharines, it is even more important that this problem be addressed.

We feel that there should be compensation for people who are willing to become caregivers for love ones in their own homes. If, with permission from their doctor, people are willing to make that kind of sacrifice, it relieves strain on the health care system by freeing up beds and personnel at the hospitals. There should be some kind of compensation for people who make such a commitment.

We feel more thought should be given to helping seniors remain in their own homes. The rising cost of living, coupled with the fixed incomes of pensioners, is becoming a growing problem. Either there should be an added tax incentive for these seniors or the government needs to provide more subsidized housing for seniors.

Il ne coûte que 21 \$ par année pour être membre ici — 21 \$ par année pour tout ce qui se passe ici. Notre objectif n'est pas de faire de l'argent; notre objectif est de permettre aux gens de demeurer actifs. Vous remarquerez qu'il n'y a aucun téléviseur dans cet immeuble. Nous ne voulons pas que les gens viennent ici, s'assoient et regardent la télévision. Ils sont actifs.

J'aimerais mentionner quelques-unes des activités que nous organisons. Nous avons des jeux de cinq quilles dans une salle de quilles que nous louons, des jeux de cartes, le 500, des joutes de billard, un club de lecture, des joutes de bingo et de bridge, du sport-boules d'intérieur, des jeux d'osselets, un club d'informatique, et des groupes de musique country et western. Il y a trois groupes de musique qui font des répétitions ici régulièrement. Ce soir, il y a une danse. Nous avons également des jeux de cribbage et de dards, et des danses. Le club de théâtre des 50 ans et plus organise deux spectacles par année, qui font salle comble. Nous avons des joutes de Euchre, de Rummoli et de Scrabble, un groupe de couture, de la courtepoinette, un jeu de galets, du Tai Chi, du chant et des activités de menuiserie et de sculpture sur bois.

Vous voyez donc que nous ne restons pas en place. Nous faisons des choses. Nous voulons que les personnes âgées demeurent actives, et c'est ce qu'elles font grâce au Centre.

Il m'a fallu environ trois heures pour lire le livre qu'on nous a envoyé et qu'on nous a demandé de commenter. Le conseil consultatif du Centre d'activités des aînés de Rose City a tenu une réunion à ce sujet, et nous y avons formulé les suggestions suivantes.

Nous sommes préoccupés par l'absence d'un réseau de transport interurbain adéquat. La ville de Welland ne dispose plus d'une gamme complète de spécialistes de tous les domaines de la santé. Il y a une centralisation de spécialistes à divers endroits de la région de Niagara, mais aucun réseau de transport interurbain n'est en place pour permettre aux aînés qui ne peuvent plus conduire de se rendre à des rendez-vous à l'extérieur de la ville. Bon nombre d'entre eux consultent des spécialistes à Port Colborne, à St. Catharines ou à Niagara Falls, et ils doivent se rendre à ces rendez-vous. Compte tenu de l'arrivée d'une nouvelle installation centrale de soins de santé à St. Catharines, il est encore plus important de trouver une solution au problème.

Nous croyons que les personnes qui sont prêtes à devenir des aidants naturels à la maison, pour des êtres chers, devraient être dédommées. Les personnes qui acceptent de faire de genre de sacrifice et obtiennent l'autorisation de leur médecin à cet égard allègent le fardeau du système de santé en libérant des lits et du personnel. Il devrait y avoir une forme de dédommagement pour les personnes qui prennent un tel engagement.

Nous croyons qu'il faudrait étudier de façon plus approfondie des façons d'aider les aînés à rester à leur domicile. La hausse du coût de la vie et le revenu fixe des retraités représentent un problème croissant. Le gouvernement devrait offrir d'autres encouragements fiscaux à ces aînés ou fournir davantage de logements subventionnés aux personnes âgées.

I had the experience of home care. My mother-in-law was in the hospital and my wife went up three times a day, morning, noon and night. She did that for about five weeks. Finally, she asked the doctor if she could take care of her mother at home. He said, "Why not?" and signed the papers, and we took her home. She felt relieved being at home with her daughter. We had her for a year and a half before she passed away.

I cannot see why more of that cannot be done to relieve beds in the hospital. It also saves your family from going back and forth to the hospital so often. That is just my experience. That is all I have to say. Thank you for listening.

Doug Rapelje, Representative, Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland: Thank you, senators, for the opportunity to make this presentation.

I would like to give you a little of my background, because many of the comments that I want to make are related to the experiences I have had.

I have spent my career in Niagara working with and for seniors for more than 40 years. I am a former director of the Social Services and Senior Citizens Department of the Regional Municipality of Niagara. I had the privilege of chairing the Ontario Advisory Council on Seniors Citizens and served for six years on the National Advisory Council on Aging.

Presently, I am a member of Veterans Affairs Canada's Gerontological Advisory Council, which for me has been a most rewarding experience. I am a board member of the Institute of Aging, one of the 13 institutes that make up the Canadian Institutes of Health Research. I am a member of the mayor's new Senior Citizens Advisory Committee. For the past 12 years I have served with the Alzheimer Society of Niagara Region, and presently I chair the Alzheimer Society Niagara Foundation. Besides that, I am retired.

My presentation will be a bit of a smorgasbord. In the time allowed, I would like to highlight ways to improve the quality of life for Canadian seniors.

The first time I had the chance to speak to a Senate committee was in front of Senator Croll. What a wonderful advocate for seniors that man was. I commend the federal government for appointing the Special Senate Committee on Aging. Your report identifies many of the issues but, because I have lived as long as I have, I know that some of the issues have been around for a very long time.

As we look at the demographics and the arrival of the baby boomers, I question whether our health, social services, and housing will be ready to meet their needs. I say this as we seem to be struggling to provide the adequate and needed services today.

J'ai vécu l'expérience des soins à domicile. Ma belle-mère était à l'hôpital, et ma femme allait la visiter trois fois par jour, le matin, l'après-midi et le soir. Elle a fait cela pendant environ cinq semaines. Au bout du compte, elle a demandé au médecin si elle pouvait prendre soin de sa mère à la maison. Il a répondu : « Pourquoi pas? », et a signé les documents. Nous avons ramené ma belle-mère à la maison. Elle s'est sentie soulagée de se retrouver à la maison avec sa fille. Nous l'avons eue avec nous pendant un an et demi avant qu'elle ne décède.

Je ne vois pas pourquoi cela ne pourrait pas se faire plus souvent pour libérer un plus grand nombre de lits dans les hôpitaux. De plus, les membres de la famille n'ont pas besoin de faire et de refaire le trajet entre l'hôpital et la maison. Cela n'est que mon expérience. C'est tout ce que j'ai à dire. Merci de m'avoir écouté.

Doug Rapelje, représentant, Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland : Mesdames et messieurs, j'aimerais vous remercier de me permettre de faire cet exposé.

J'aimerais vous renseigner un peu sur mon parcours professionnel, car un grand nombre des commentaires que je veux faire sont liés à des expériences que j'ai eues.

J'ai travaillé avec les personnes âgées et pour elles pendant 40 ans à Niagara. J'ai été le directeur du ministère des Services sociaux et des Aînés pour la région de Niagara. J'ai eu le privilège de présider le Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or. J'ai également siégé pendant six ans au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

Je suis actuellement membre du Conseil consultatif de gérontologie du ministère des Anciens Combattants, ce qui, pour moi, a été une expérience des plus enrichissantes. Je siège au conseil d'administration de l'Institut du vieillissement, l'un des 13 instituts faisant partie des Instituts de recherche en santé du Canada. Je suis membre du nouveau Conseil consultatif du maire pour les aînés. Depuis 12 ans, je travaille avec la Société Alzheimer de la région de Niagara, et je suis actuellement le président de la Fondation Alzheimer du Niagara. À part cela, je suis à la retraite.

Mon exposé sera en quelque sorte un pot-pourri. Pendant le temps alloué, j'aimerais mettre en évidence certaines manières d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées canadiennes.

La première fois que j'ai eu l'occasion de m'adresser à un comité sénatorial, c'était devant le sénateur Croll. Ce dernier a été un merveilleux porte-parole pour les personnes âgées. Je félicite le gouvernement fédéral d'avoir mis sur pied le Comité sénatorial sur le vieillissement. Dans votre rapport, vous mentionnez de nombreux problèmes, et, comme je suis vieux, je sais que certains de ces problèmes existent depuis très longtemps.

Quand je considère les données démographiques et l'arrivée des baby-boomers, je me demande si nos services sociaux, de santé et de logement pourront répondre à leurs besoins. Je dis cela parce que nous semblons avoir de la difficulté à fournir les services adéquats qui sont nécessaires aujourd'hui.

There will be more of an impact on Niagara, because there is a debate as to whether Victoria or Niagara has the highest percentage of older people. For Niagara it becomes even a greater problem.

I agree with your report that healthy aging does not start at age 65. We need to promote healthy aging and support centres like this one that will encourage seniors to remain active and involved and will prevent or delay the need for expensive care, allowing seniors to enjoy a better quality of life.

This centre is a role model for seniors. I have visited centres all across this country, including the Kerby Centre in Calgary, and I want to tell you that this city is very proud of Mr. Rose and all the people here who do such a wonderful job promoting healthy aging.

Health promotion and health prevention have to be a high priority on the federal government's agenda, especially as again we look at the demographics.

The Institute of Aging has as one of its top priorities research in the area of mobility, which Mr. Findlay will be interested in, so we better understand how to remain independent longer. I think that will be exciting research.

Serving on the board of the Institute of Aging, we are producing important research funded by the federal government, but we need to make better use of it to better serve senior Canadians. The federal government could help promote health research knowledge transfer. This is one of the priorities of the council. I was a little leery of joining this board because I am not a researcher; I worked in the trenches all my life, but I guess they invited me because they wanted a couple of people from the real world.

I see we have a researcher up here. I am so impressed with the research that is being done, but as a layman I am very concerned about our inability to transfer that important information to the right people so that it brings about change.

I suggest to this committee that we look for ways to insist that researchers write summaries that laypersons understand. Research is a language of its own. It is not Canadian. I think that is an important area, because there is wonderful information that never gets used, never gets to the right people.

The Institute of Aging held regional senior workshops on research that identified many issues presented by seniors and professionals. You may have that, but if not, I left a copy for you.

Il s'agira d'un problème encore plus important à Niagara, car avec Victoria, elle compte le plus haut taux de personnes âgées au pays. Le problème s'en va donc en s'aggravant à Niagara.

Je suis d'accord avec vous quand vous dites, dans votre rapport, que vieillir en santé, ça ne commence pas à 65 ans. Nous devons promouvoir la santé des personnes âgées et les centres de soutien, comme celui-ci, qui encourageront les personnes âgées à demeurer actives et qui préviendront ou retarderont le recours à des soins coûteux, en permettant aux aînés d'avoir une meilleure qualité de vie.

Ce centre est un modèle à suivre. J'ai visité des centres pour personnes âgées dans diverses régions du pays, y compris le centre Kerby, à Calgary, et je voudrais dire que les habitants de cette ville sont très fiers de M. Rose et de toutes les personnes ici qui font un très bon travail et qui encouragent les personnes âgées à demeurer en santé.

Le gouvernement fédéral doit accorder une grande priorité à la promotion de la santé et à la prévention, surtout lorsqu'on tient compte de notre situation démographique.

L'Institut du vieillissement a fait de la recherche dans le domaine de la mobilité une de ses grandes priorités. C'est un sujet qui intéresse également M. Findlay. Il est important de mieux comprendre comment demeurer autonome plus longtemps. Je crois qu'il s'agit de recherches passionnantes.

En tant que membres du conseil d'administration de l'Institut du vieillissement, nous réalisons d'importantes recherches qui sont financées par le gouvernement fédéral, mais nous devons en faire un meilleur usage afin de mieux servir nos aînés. Le gouvernement fédéral pourrait aider à promouvoir l'application des connaissances acquises par la recherche. C'est une des priorités du conseil. J'ai hésité avant de me joindre à ce conseil d'administration parce que je ne suis pas un chercheur; j'ai travaillé au front toute ma vie, mais je suppose qu'ils m'ont invité parce qu'ils voulaient quelques personnes qui avaient travaillé sur le terrain.

Je vois qu'il y a un chercheur ici aujourd'hui. Je suis très impressionné par la recherche qui est faite, mais, en tant que profane, je suis très préoccupé par notre incapacité de communiquer cette information importante aux personnes appropriées pour provoquer des changements.

Je suggère au comité d'explorer les manières d'insister pour que les chercheurs rédigent des sommaires que les profanes peuvent comprendre. La recherche est associée à une langue particulière. Ce n'est pas une langue canadienne. Je pense qu'il s'agit d'une question importante parce qu'il y a de l'information très pertinente qui n'est jamais utilisée, car elle ne se rend jamais aux personnes appropriées.

L'Institut du vieillissement a tenu des ateliers régionaux sur de la recherche qui a soulevé de nombreux problèmes. Ces ateliers ont été présentés par des personnes âgées et des professionnels. Il se peut que vous ayez déjà cette information, mais je vous en laisse une copie au cas où vous ne l'auriez pas vue.

I have been impressed with the positive impact that the Veterans Independence Program has had in supporting veterans and spouses in their homes, doing housekeeping, home maintenance, transportation, home care, and so on. Of all the programs I have seen over my long involvement with seniors, this to me has been one of the most impressive, and I commend Veterans Affairs Canada and the federal government for supporting that program.

A study of three communities saw waiting lists for veterans waiting to go into long-term care drop by 90 per cent because of the VIP program. As Mr. Rose was just saying, I do not think there is any question that these programs work if they are available, and they do allow people to stay in their own homes and in their community longer. This program would greatly assist all seniors across Canada and should be implemented by the federal government. The evidence is there.

I have been impressed with the World Health Organization's Global Age - Friendly Cities Project. I know you heard about that earlier this morning. It has been initiated in four cities in Canada, Welland being the largest, and, as you know, some 30 countries. I am hoping that we will see this promoted in Canada. I suggest the federal government promote it in all communities across the country, because the concept would improve our communities for seniors. As the program guide states, "An age-friendly city encourages active ageing by optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age."

I believe we must emphasize positive aging. It is so easy to dwell on the negative aspects of aging. We need to start talking about the positive sides of aging.

As I said, I worked for over 40 years in long-term care and community care. I commend our efforts to shift more of our resources to community care, but at the same time, more will be needed in long-term care. To give you an example, I started working in this city as an administrator at 22 or 23 years of age at a home for the aged. When I started in 1954, the average age was 72, and when I retired, it was 86. That is positive, because along the way, we brought in supportive housing, community programs and preventative care, and our health care improved. I think we have the evidence that community care works, and works well.

In Ontario, we just completed building 20,000 new long-term care beds, and I understand that already we have nearly that many on waiting lists in Ontario.

The standards and the quality of care continue to be an issue. Studies have shown major differences in standards and funding from one province to another, and I am sure you saw the study

J'ai été impressionné de voir à quel point le Programme pour l'autonomie des anciens combattants a permis de maintenir à domicile les anciens combattants et leurs conjoints grâce aux services d'entretien ménager, de transport, de soins à domicile, et cetera. Parmi tous les programmes pour personnes âgées que j'ai vu apparaître au cours des années, il s'agit de l'un des plus impressionnants, et je félicite le ministère des Anciens Combattants et le gouvernement fédéral, qui a appuyé ce programme.

Selon une étude réalisée dans trois collectivités, la liste d'attente pour des soins de longue durée a diminué de 90 p. 100 grâce au PAAC. Comme vient de le dire M. Rose, je ne crois pas que l'on puisse douter de l'efficacité de ces programmes quand ils sont disponibles, car ils permettent aux gens de demeurer chez eux et au sein de leur collectivité pendant plus longtemps. Voilà un programme qui aiderait énormément l'ensemble des aînés au Canada et que le gouvernement fédéral devrait mettre en œuvre. Son efficacité est prouvée.

J'ai été impressionné par le Guide mondial des villes-amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé. Je sais que vous en avez entendu parler ce matin. Ce projet a été lancé dans quatre villes canadiennes, dont Welland est la plus grande, et, comme vous le savez, dans quelque 30 pays. J'espère que le Canada fera valoir ce projet. Je suggère que le gouvernement fédéral en fasse la promotion dans toutes les collectivités du pays parce que le concept améliorerait nos collectivités pour les personnes âgées. Comme l'indique le guide du programme : « Une ville-amie des aînés encourage le vieillissement actif en optimisant la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés, pour améliorer leur qualité de vie. »

Je pense qu'il faut favoriser le vieillissement positif. Il est si facile de voir les côtés négatifs de vieillissement. Nous devons commencer à discuter de ses côtés positifs.

Comme je l'ai dit, j'ai travaillé plus de 40 ans dans le domaine des soins de longue durée et des soins de santé communautaire. Je loue les efforts que nous déployons pour transférer davantage de nos ressources vers les soins de santé communautaire, mais en même temps, plus de gens auront besoin de soins de longue durée. Pour vous donner un exemple, j'ai commencé à travailler dans cette ville en tant qu'administrateur dans un foyer pour personnes âgées à l'âge de 22 ou de 23 ans. Quand j'ai commencé ce travail, en 1954, l'âge moyen des résidents était de 72 ans, et, quand j'ai pris ma retraite, il était de 86 ans. Il s'agit d'un changement positif parce que, au fil du temps, on a créé des logements avec services de soutien, des programmes communautaires et des soins préventifs. De plus, les soins de santé que nous offrons se sont améliorés. Je pense que nous avons la preuve que ça fonctionne bien.

En Ontario, on vient à peine de créer 20 000 nouveaux lits de soins de longue durée, et je crois comprendre qu'un nombre presque équivalent de personnes sont déjà inscrites sur des listes d'attente.

Les normes et la qualité des soins demeurent un problème. Des études montrent que les normes et le financement varient énormément d'une province à l'autre. Je suis certain que vous

three or four years ago that compared not only our provinces but also some of the American states. Unfortunately, Ontario was 10 out of 10.

To answer your question, yes, we do need national standards for home care and long-term care. Canadians are Canadians, and seniors living in different provinces should be assured of the same quality of care across this country. The federal government could play an important role in helping to develop uniform standards and funding, resulting in a system that assures all seniors quality and standard care across the country.

On the important task of dealing effectively with senior abuse, we need to be clear on what we mean by “abuse” and recognize that it exists in the community and in care facilities. Your report that states that long-term care facilities face new challenges and that care is more complex. I agree with that, and I believe abuse is often the outcome of frustration on the part of caregivers.

There is a need to enhance end-of-life care. In Niagara, palliative care programs are being promoted. Two hospice facilities opened recently. I spoke at a meeting a couple of months ago where we were talking about end of life. Someone in the audience asked me if I am afraid of dying. I said that I am not afraid of dying, but I am afraid of how I will die. Palliative care can really help that part of our life.

We need to look for ways to help seniors who live below the poverty line, because those on fixed incomes and those trying to make ends meet are struggling as costs increase. Gas, food, taxes — the increases in the last month or two alone are hard to fathom. You have to wonder whether more people are falling below the poverty line. When I served on the National Advisory Council on Aging, poverty among the elderly was one of our major concerns.

We need to protect retirement funds so that seniors are assured that pension plans they pay into are safe and there for them after a lifetime of work. We have had some devastating situations in this region of people who retired thinking they had a pension and all of a sudden they were told that it would be decreased by 30 per cent, or when they go to collect their pension, it is not there.

I am pleased your report identified caregiver leave, and I am sure that Marge Dempsey talked about it this morning. Many people have little choice but to be caregivers. They are unpaid and often face job loss because of their caregiving role. This has been

avez vu l'étude qui a été menée il y a trois ou quatre ans et qui comparait les provinces non seulement entre elles, mais également avec certains États américains. Malheureusement, parmi les dix régions à l'étude, l'Ontario était au dernier rang.

Pour répondre à votre question : oui, il faut établir des normes nationales en matière de soins à domicile et de longue durée. Un citoyen canadien est le même partout; les citoyens âgés de toutes les provinces devraient bénéficier de la même qualité de soins d'un bout à l'autre du pays. Le gouvernement fédéral pourrait jouer un rôle de premier plan dans l'établissement de normes uniformes et d'un cadre de financement pour créer un système qui assurera aux aînés des soins normalisés de qualité partout au pays.

En ce qui concerne la tâche importante qui consiste à régler de manière efficace le problème des mauvais traitements infligés aux aînés, nous devons tout d'abord clarifier ce qu'on entend par « mauvais traitements » et reconnaître qu'ils existent, dans la collectivité et dans les établissements de soins de santé. Dans votre rapport, vous affirmez que les établissements de soins de longue durée ont de nouveaux défis à relever et que les soins à dispenser sont plus complexes. Je suis d'accord avec vous, et je crois que les mauvais traitements sont souvent dus à la frustration des soignants.

Il faut améliorer les soins de fin de vie. À Niagara, les programmes de soins palliatifs sont à l'ordre du jour, et deux centres de soins palliatifs ont ouvert leurs portes récemment. Il y a quelques mois, j'ai prononcé un discours dans le cadre d'une rencontre où nous discutons de ce sujet. Une personne qui était présente m'a demandé si j'avais peur de mourir. J'ai répondu que je n'avais pas peur de la mort, mais que j'avais peur de la manière dont j'allais mourir. Les soins palliatifs peuvent nous aider à traverser cette étape.

Nous devons trouver des moyens pour aider les aînés qui vivent en dessous du seuil de la pauvreté. Ceux qui ont un revenu fixe et qui peinent à joindre les deux bouts sont aux abois lorsque les prix augmentent. L'essence, la nourriture, les taxes — les augmentations des deux derniers mois seulement sont difficiles à supporter. Nous devons nous demander si un plus grand nombre de personnes tombent en dessous du seuil de la pauvreté. Quand j'étais membre de la Division du vieillissement des aînés, la pauvreté parmi les personnes âgées était l'une de nos préoccupations majeures.

Nous devons protéger les caisses de retraite pour nous assurer que les régimes de retraite auxquels les aînés ont contribué existent toujours et qu'ils puissent en profiter à la fin de leur vie active. Nous avons connu des situations pénibles dans notre région, où des personnes qui ont pris leur retraite pensaient qu'ils toucheraient une pension et ont soudainement appris que cette dernière serait réduite de 30 p. 100. Certains ont même appris qu'ils ne toucheraient aucune pension.

Je suis heureux que votre rapport aborde le problème des congés pour les soignants. Je suis certain que Marge Dempsey en a parlé ce matin. De nombreuses personnes jouent, malgré elles, le rôle de soignants. Elles ne sont pas rémunérées et perdent souvent

an important issue with the Alzheimer Society, and I think it is an issue across the country.

Injury prevention is important, and Veterans Affairs Canada developed an effective falls prevention program. With better-designed facilities, proper access and accident prevention programs, we can reduce injuries.

We need to enhance manpower training for individuals who work with the elderly and those who need special care, such as caring for people with Alzheimer's or the physically frail. Some feel we have reached a crisis in Ontario. As you have probably already heard, in this community we are understaffed by about 70 physicians. We have a shortage of nurses and other staff. I think all levels of government have to pay a lot of attention to this point.

With the demographics showing an increase in older people in Canada and with the challenges we face, we should have a federal ministry of seniors, a question you asked in your brief.

I would like to say something about volunteers. We have 6.5 million volunteers, 1.1 billion hours, and approximately 578,000 jobs. Non-profit organizations could not survive without volunteers. Government could not pay the value of volunteers. Therefore, I hope that we can look for ways to recognize volunteers, and I hope we can have a bit of discussion.

Unless I misinterpreted something from this morning, I have some real concern about paying volunteers in dollars. I think if you can help them with their gas costs and their expenses that is good.

We volunteer. My wife just received a pin for 50 years of volunteer work. She has never received a cent and never expected it. I think many volunteers would be offended if we thought they were doing it to be paid. They are doing it because they are caring people who want to make our communities better.

Finally, I want to commend the Mayor of Welland for setting up a Senior Citizens Advisory Committee to serve, in an advisory capacity, the city council and staff. That model maybe should be promoted across the country. We heard about a regional council this morning as well.

Niagara Region has initiated many innovative programs for seniors, which I am sure you heard about today, and this is a caring community. Thank you for your time.

leur emploi parce qu'elles doivent s'occuper d'un malade. Il s'agit d'un problème important sur lequel la Société Alzheimer s'est penchée, et je crois que cet enjeu touche des personnes d'un bout à l'autre du pays.

La prévention des blessures est également une question importante. Le ministère des Anciens Combattants a créé un Programme pour la prévention des chutes, qui fonctionne bien. Grâce à des établissements mieux conçus, à une meilleure accessibilité et à des programmes de prévention des accidents, il est possible de réduire le nombre de blessures.

Nous devons améliorer la formation des gens qui travaillent avec les personnes âgées et qui ont besoin de soins spécialisés, comme les victimes de la maladie d'Alzheimer ou les aînés en perte d'autonomie. D'aucuns croient que nous sommes en situation de crise en Ontario. Comme vous le savez probablement déjà, il manque environ 70 médecins dans notre collectivité. Il y a également une pénurie d'infirmières et d'autres travailleurs dans le domaine de la santé. Je pense que tous les échelons du gouvernement doivent porter une attention particulière à ce problème.

Avec les données démographiques qui montrent une population de plus en plus vieillissante et les défis que cela représente, nous devrions nous doter d'un ministère fédéral des Aînés. Je sais qu'il s'agit d'une question que vous avez posée dans votre mémoire.

J'aimerais dire un mot sur les bénévoles. Nous avons 6,5 millions de bénévoles, ce qui représente 1,1 milliard d'heures et environ 578 000 emplois. Les organisations sans but lucratif ne pourraient pas survivre sans les bénévoles. Le gouvernement ne pourrait pas rémunérer le travail accompli par ces bénévoles. Par conséquent, j'espère que nous pouvons réfléchir aux manières de reconnaître les bénévoles et que cela fera l'objet de discussions.

J'ai peut-être mal compris quelque chose qui a été dit ce matin, mais je suis véritablement préoccupé par la question de payer les bénévoles en dollars. Je pense que si nous pouvons les aider en assumant en partie les coûts de l'essence et leurs dépenses, cela serait bien.

Nous faisons du bénévolat. Mon épouse vient de recevoir une épinglette pour ses 50 ans de bénévolat. Elle n'a jamais touché un cent et n'a jamais rien demandé. Je pense que de nombreux bénévoles seraient offusqués si nous croyions qu'ils le font pour se faire payer. Ils le font parce qu'ils sont de bonnes personnes qui veulent venir en aide à nos collectivités.

Enfin, je tiens à féliciter le maire de Welland d'avoir mis en place le Comité consultatif des aînés, qui agit à titre de conseiller auprès du conseil municipal et de ses employés. Il s'agit d'un modèle qui devrait être adopté dans tout le pays. Nous avons également entendu parler d'un conseil régional ce matin.

La région de Niagara a lancé de nombreux programmes novateurs pour les personnes âgées, dont vous avez sûrement entendu parler aujourd'hui. C'est une collectivité qui prend soin des siens. Je vous remercie de votre temps.

The Chair: Thank you, Mr. Rapelje. Before I go to our next two presenters, I must say that you tweaked a number of memories for me.

My father, who was also a senator and who was from Nova Scotia, actually sat on Senator David Croll's committee on poverty. It was during that committee's cross-country meetings that my father had his first stroke, which left him totally paralyzed on one side of his body. Watching my father go through that, I got to understand something about living with disabilities. It also led to my interest in palliative care and then to my asking the Senate to give me this reference. Thus, it was not the federal government that initiated this study, it was the Senate of Canada that initiated this study.

Senator Cordy: With Senator Carstairs.

[Translation]

Marcel Castonguay, Director General, Community Health Centre Hamilton/Niagara: Thank you, Madam Chair. My name is Marcel Castonguay and I am the Director General of the Community Health Centre Hamilton/Niagara. With me is my colleague André Tremblay, who is the Director General of the Foyer Richelieu here in Welland.

I would like to start by giving you a brief explanation of what the Health Centre and the Foyer Richelieu are.

The Health Centre is an agency that offers primary care, a medical clinic, perinatal services, programs for managing and preventing chronic illnesses, nutrition programs, mental health services for adults and young people, settlement and integration services for newcomers and, more recently, home support services for seniors.

With our 60 health workers and professionals, we serve the francophone communities in the Hamilton and Niagara region. We have about 3,000 patients for our medical services, and last year our centre offered over 20,000 direct services to our clients and had over 21,000 participants at our community workshops on managing chronic illness, nutrition and other subjects.

Our centre belongs to a provincial network of about 55 health centres, only seven of which in the province are francophone: Hamilton/Niagara, where I am the Director General, Sudbury, Sudbury East, Témiscamingue, Kapuskasing, Toronto and Cornwall. Each of those centres covers an area much larger than the city where it is located, however. An example is Cornwall, which has five satellites of its own outside Cornwall.

Seventy-five percent of the medical clients of the Health Centre in Welland belong to our aging population. That figure is much lower for the Hamilton service point, and in May our Centre will open an access point in St. Catharines and another in Fort Erie.

La présidente : Merci, monsieur Rapelje. Avant de passer à nos deux prochains intervenants, je dois dire que vous m'avez rappelé de nombreux souvenirs.

Mon père, qui était également un sénateur et qui venait de la Nouvelle-Écosse, a siégé au comité sur la pauvreté du sénateur David Croll. C'est pendant l'une des rencontres du comité, qui parcourait le pays, que mon père a eu son premier ACV, qui l'a paralysé complètement du côté gauche. Le fait de voir mon père dans cet état m'a permis de comprendre ce que c'est que de vivre avec un handicap. Mon intérêt pour les soins palliatifs découle également de cet incident, et c'est pourquoi j'ai demandé au Sénat de nous saisir de cette question. C'est donc non pas le gouvernement fédéral qui a commandé cette étude, mais le Sénat du Canada.

Le sénateur Cordy : Avec le sénateur Carstairs.

[Français]

Marcel Castonguay, Directeur général, Centre de santé communautaire Hamilton-Niagara : Madame la présidente, je vous remercie. Je m'appelle Marcel Castonguay, directeur général du Centre de santé communautaire Hamilton-Niagara. Je suis accompagné de mon collègue, André Tremblay, qui est directeur général du Foyer Richelieu, situé à Welland.

J'aimerais commencer par vous donner une brève explication de ce que sont le Centre de santé et le Foyer Richelieu.

Le Centre de santé est un organisme qui offre des soins primaires, une clinique médicale, des services périnataux, des programmes en gestion et prévention de maladies chroniques et en nutrition, des services de santé mentale pour adultes et les jeunes, des services d'établissement et d'intégration pour les nouveaux arrivants et, plus récemment, les services d'appui à domicile pour les aînés.

Avec nos 60 intervenants et professionnels de la santé, nous desservons les communautés francophones de la région de Hamilton et du Niagara. Notre clientèle se chiffre à environ 3 000 patients pour nos services médicaux, et l'an dernier notre centre offrait au-delà de 20 000 services directs à notre clientèle en plus d'un taux de participation d'environ 21 000 à nos ateliers communautaires, sur des sujets comme la gestion de maladies chroniques ou la nutrition, et autres encore.

Notre centre fait partie d'un réseau provincial d'environ 55 centres de santé, dont seulement sept en province sont à caractère francophone : Hamilton-Niagara, dont je suis le directeur général, Sudbury, Sudbury-Est, Témiscamingue, Kapuskasing, Toronto et Cornwall. Chacun de ces centres couvre un territoire beaucoup plus large que la ville dans laquelle il est situé cependant. À titre d'exemple, je vous donnerais Cornwall, qui a quand même cinq satellites à l'extérieur de Cornwall.

Soixante-quinze pour cent de la clientèle médicale du Centre de santé à Welland reflète une population vieillissante. Ce chiffre est beaucoup plus bas pour le point de service de Hamilton et en mai, notre Centre ouvrira un point d'accès à St. Catharines et un autre à Fort Erie.

Since 1993, when the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care was reorganized, the mission of the Foyer Richelieu has been to provide accommodation and long-term care, with 60 long-term care beds and two respite beds. The residence also offers a room that has been specially set up for palliative care, to meet the needs of residents who are already in the residence at the end of their lives, along with a family room for their family members.

In June 1996, the Foyer Richelieu Welland was officially designated by the province of Ontario as an official provider of services in French.

The Foyer Richelieu provides continuous care, 24 hours a day, seven days a week, which is delivered by health care professionals. Staff at the Foyer Richelieu consist of over 75 health care employees and professionals, who deliver care to residents. The health care professionals form a multidisciplinary team that works with the medical director and pharmacist to develop care plans to meet each resident's needs.

In 2001, francophones 65 and over represented 5.3 per cent of the general Ontario population aged 65 and over, and 13.8 per cent of the total francophone population of the province. And I am talking about 2001. The figures are still about the same. We have not had a chance to get all the data from Statistics Canada.

Francophones 65 and over live mainly in eastern Ontario, 38.5 per cent, in northeastern Ontario, 27.5 per cent, and central Ontario, 23.9 per cent.

Women comprise 57.4 per cent of the 65 and over population. Nearly one third, 30.5 per cent, of francophones 65 and over are widowed, and so are living alone, and 82.8 per cent are women.

A majority of francophones 65 and over have a total income of about \$12,000 to \$24,999 per year, and 55.1 per cent of the people in that category are women.

These figures reflect what was said by the witnesses who spoke before us.

Other statistics are that 42.4 per cent of francophones 65 and over have less than a grade nine education. For Ontario as a whole, 33 per cent of francophones 65 and over are between 65 and 69 years old; 28.2 per cent are between 70 and 74; 21.3 per cent are between 75 and 79; 11.2 per cent are between 80 and 84; and 5.9 per cent are 85 or over.

Francophone women comprise 62.5 per cent of those 75 and over; 67.3 per cent of those 80 and over; and 70 per cent of those 85 and over. This is an aging population.

In Welland, the francophone population 65 and over is about 20.2 per cent of the total francophone population, while it is 13 per cent for the francophone population of the province as a whole.

These statistical data become crucially important when we are talking about aging and health care.

Depuis 1993, suite à la réforme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, la mission du Foyer Richelieu est celle d'un établissement d'hébergement et de soins de longue durée d'une capacité de 60 lits de soins de longue durée et deux lits de répit. De plus, le foyer offre le service d'une chambre spécialement aménagée pour les soins palliatifs pour répondre aux besoins des résidents déjà en hébergement et en fin de vie, ainsi qu'un salon familial pour les proches.

En juin 1996, le Foyer Richelieu Welland a reçu sa désignation officielle de la province de l'Ontario en tant qu'organisme prestataire officiel de services en français.

Le Foyer Richelieu assure la continuité des soins 24 heures par jour, 7 jours semaine, par le biais de professionnels de la santé. Le personnel du Foyer Richelieu est composé de plus de 75 employés et professionnels de la santé qui assurent la prestation des soins aux résidents. Les professionnels de la santé forment une équipe multidisciplinaire qui travaille de concert avec le directeur médical et la pharmacienne pour assurer des plans de soins adaptés à chacun des résidents.

En 2001, les francophones âgés de 65 ans et plus représentaient 5,3 p. 100 de l'ensemble de la population ontarienne âgée de 65 ans et plus ainsi que 13,8 p. 100 de la population francophone totale de la province. Et je dis bien en 2001. Les chiffres sont à peu près encore les mêmes. On n'a pas eu la chance de sortir toutes les données de Statistique Canada.

Les francophones âgés de 65 ans et plus qui habitent surtout dans les régions de l'est, 38,5 p. 100; le nord-est, 27,5 p. 100, et le centre de l'Ontario, 23,9 p. 100.

Les femmes constituent 57,4 p. 100 de la population âgée de 65 ans et plus. Presque le tiers, 30,5 p. 100, des francophones de 65 ans et plus sont veufs, donc, vivent seuls, et 82,8 p. 100 sont des femmes.

La majorité des francophones âgés de 65 ans et plus ont un revenu total d'environ 12 000 \$ à 24 999 \$ par année. Les femmes de 65 ans et plus dans cette catégorie se chiffrent à 55,1 p. 100.

Ces chiffres reflètent la discussion qui a eu lieu avec les témoins qui nous ont précédés.

Autres statistiques, 42,4 p. 100 des francophones âgés de 65 ans et plus ont un niveau de scolarité inférieur à la neuvième année. Pour l'ensemble de l'Ontario, 33 p. 100 des francophones âgés de 65 ans et plus ont entre 65 et 69 ans; 28,2 p. 100 ont entre 70 et 74 ans; 21,3 p. 100 entre 75 et 79 ans; 11,2 entre 80 et 84 ans et 5,9 p. 100 de 85 et plus.

Les femmes francophones constituent 62,5 p. 100 des 75 ans et plus; 67,3 p. 100 des 80 ans et plus; et 70 p. 100 des 85 et plus. Donc, c'est une population âgée.

À Welland, la population francophone de 65 ans et plus se chiffre à environ 20,2 p. 100 de la population totale francophone comparativement à 13 p. 100 pour l'ensemble de la population francophone de la province.

Ces données statistiques prennent une importance capitale lorsque nous parlons du vieillissement et les soins de santé.

Some research done on health and aging among francophones in minority communities has identified three major barriers to access to services: cultural barriers, language barriers and socio-demographic barriers. I think we have to add a fourth, however: geographic barriers.

Because 66 per cent of the francophone population 65 and over lives in northeastern and eastern Ontario, where there is a shortage of health care services in some communities, and 23.9 per cent live in central Ontario, where there is a shortage of health care services in French, it is readily apparent that the aging francophone population does not have tremendous access to health care services in French.

To expand access to these services for the francophone population, we need to know more about the barriers facing francophones in planning services. We also need to have greater access to information about the health of the francophone population so we can have better planning of these services.

In our view, these two factors or components are missing from the health care system at present. This may be a message for the researcher with the Senate committee. A lot of research has been done into aging and health, but little research has been done into the health of francophones in Ontario or in Canada.

This is a glaring flaw. When initiatives by the federal and provincial governments are brought forward, some basis in research is called for to justify spending money or demonstrate the problems that the initiatives are trying to address, and the research is really just not there. So the initiatives are often very difficult to justify.

Knowing that a majority of the population 65 and over lives in rural areas and a majority of the population under 65 lives in urban areas, we are led to conclude that the natural caregivers, who are needed if people are to be able to live where they choose as they age, are not available. So we have to ask: does a francophone senior have the same freedom to choose to live in familiar surroundings as he or she ages?

These natural caregivers, along with a receptive system that is capable of meeting their needs, are particularly important when we consider that in some cases chronic illness is the reason why people lose the ability to live where they choose.

It is important to examine the cultural tradition of the health care system more closely if we want to give people this option. We have to stop looking at the traditional institutions as the only alternatives that allow for the aging process to occur in safe surroundings.

Certaines recherches sur la question de la santé et du vieillissement des francophones en milieu minoritaire identifient trois obstacles majeurs à l'accessibilité des services : les barrières culturelles, les barrières linguistiques, et les barrières sociodémographiques. Cependant, je pense qu'il faut en ajouter une quatrième soit les barrières géographiques.

Puisque 66 p. 100 de la population francophone âgée de 65 ans et plus se trouve dans le nord-est et l'est de l'Ontario, où il y a une pénurie de services de santé dans plusieurs communautés et que 23,9 p. 100 vivent dans le centre de l'Ontario où il existe une pénurie de services de santé en français, il est facile de conclure que la population francophone vieillissante ne jouit pas d'un très grand accès aux services de santé en français.

Afin d'accroître l'accès à ces services pour la population francophone, il devient nécessaire de connaître davantage les barrières auxquelles font face les francophones dans la planification des services. Il devient aussi nécessaire d'avoir un plus grand accès à l'information sur la question de la santé des francophones afin de pouvoir effectuer une meilleure planification de ces services.

Selon nous, ces deux éléments ou composantes sont présentement absents du système de santé actuel. C'est peut-être un message pour le chercheur qui accompagne le comité sénatorial. Il y a beaucoup de recherches qui ont été faites sur le vieillissement et la santé, mais il y en a très peu qui existent sur la question de l'état de santé des francophones en province ou au Canada.

C'est un manque flagrant. Lorsque des initiatives gouvernementales du fédéral et de la province sont présentées, on demande une certaine base de recherche pour justifier les dépenses des argents ou des problématiques auxquelles les initiatives essaient de s'adresser, la recherche est vraiment absente. Donc, les initiatives sont souvent très difficiles à justifier.

Sachant que la majorité de la population de 65 ans et plus vit en milieu rural et que la majorité de la population de moins de 65 ans vit en milieu urbain, ceci nous amène à conclure que les aidants naturels, qui sont nécessaires pour permettre aux gens de vieillir dans le milieu de leur choix, ne sont pas disponibles. Donc, il faut se poser la question : est-ce que la personne âgée francophone profite du même libre choix de vieillir dans un milieu qui lui est familier?

Ces aidants naturels ainsi qu'un système réceptif, capable de répondre à leurs besoins, sont d'autant plus importants lorsque nous considérons que dans plusieurs cas, c'est la présence de maladie chronique qui fait que les gens perdent la capacité de vieillir dans un lieu de leur choix.

Il importe d'examiner de plus près la culture traditionnelle du système de soins si nous voulons permettre cette option aux gens. Nous devons cesser de voir les institutions traditionnelles comme les seules alternatives capables de permettre le processus de vieillissement dans un milieu sécuritaire.

Public policy has to start looking more closely at community-based alternatives in order to determine how communities can transform the system of health care currently available for an aging population.

The federal, provincial and territorial governments have to play a leadership role and they will have to jointly facilitate the development of community programs by which the role of the professional institutions, which the traditional institutions previously played, can be performed. For example, communities could put more programs in place to provide assisted housing or create home support programs, and find innovative solutions to meet chronic needs for transportation and recreation among our aging populations. To do that, governments will have to not only encourage, but also reward innovation in this area. Community organizations that want to develop innovative solutions are faced with a chronic lack of funding. It would be good to see federal programs like New Horizons generating funding sources that could be used to put new initiatives in place.

The existing system focuses too much on chronic programs and largely deals only with those people who are able to access the system. At present, very little is done in terms of prevention and education. While that is true for the population as a whole at present, the problem is even more acute for francophones. There are very few good programs in French for prevention or for management of chronic illness, and few good patient education material in French. There is also very little data on the health of francophones, but decisions are often made based on projections. Institutions like hospitals have a role to play in the communities, but they are not the only solutions for all of the challenges.

The paradigm has to change if we are to establish a system based on targeted populations, a system that coordinates the work of various interconnected partners that agree to take responsibility for health care as a whole, and in which the patient is seen as a partner rather than a mere user. In other words, we have to have a real paradigm shift.

We know that 66 per cent of the general population has a chronic illness, that 55 per cent have more than two different chronic conditions, that 80 per cent of primary care visits relate to a chronic condition, and that 67 per cent of hospital admissions in Ontario relate to chronic conditions. We believe it is possible to reduce those numbers.

But those services must be available in French, to meet the needs of francophone communities.

We have a few recommendations and a bit of wishful thinking. I will begin by saying that the decision makers have to start by becoming more knowledgeable about the barriers and challenges facing francophones and incorporating those realities into the process when planning services.

La politique publique doit commencer à examiner de plus près les alternatives communautaires afin de déterminer comment les communautés peuvent transformer le système de soins disponibles à une population vieillissante.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent jouer un rôle de leadership et devront faciliter conjointement le développement de programmes communautaires permettant de transformer le mandat des institutions professionnelles que les institutions traditionnelles jouaient auparavant. Par exemple, les communautés pourraient mettre sur pied un plus grand nombre de programmes de logements avec services de soutien ou encore des programmes de soutien à domicile et trouver des solutions novatrices pour répondre aux besoins chroniques de transport et de récréation pour nos populations vieillissantes. Pour ce faire, les gouvernements devront non seulement encourager, mais aussi récompenser l'innovation dans ce domaine. Les organismes communautaires qui désirent développer des solutions novatrices font face à un manque chronique de financement. Il serait bon de voir des programmes fédéraux comme Nouveaux Horizons générer des sources de financement permettant de mettre sur pied de nouvelles initiatives.

Le système actuel est encore trop axé sur les problèmes chroniques et traite en grande partie seulement ceux qui réussissent à accéder au système. Présentement, très peu est fait au niveau de la prévention et de l'éducation. Si c'est la réalité actuelle pour l'ensemble de la population, le problème est encore plus aigu pour les francophones. On retrouve très peu de bons programmes en français de prévention ou de gestion des maladies chroniques et très peu de bon matériel didactique en français. Il existe aussi très peu de données sur l'état de la santé des francophones, mais les décisions sont souvent fondées sur des projections. Les institutions comme les hôpitaux ont un rôle à jouer dans les communautés, mais elles ne sont pas les seules solutions à tous les défis.

Le paradigme doit changer pour arriver à mettre sur pied un système axé sur des populations ciblées, un système qui coordonne le travail de plusieurs partenaires bien agencés qui acceptent d'assumer la responsabilité pour la totalité des soins et dans lequel le patient est vu comme un partenaire au lieu de simplement un utilisateur. Bref, il faut vraiment changer le paradigme.

Nous savons que 66 p. 100 de la population en général est atteinte d'une maladie chronique, que 55 p. 100 possède plus de deux différentes conditions chroniques, que 80 p. 100 des visites pour soins primaires sont reliées à une condition chronique, et finalement que 67 p. 100 des admissions aux hôpitaux en Ontario sont reliées à des conditions chroniques. Nous sommes d'avis qu'il est possible de réduire ces chiffres.

Cependant, ces services doivent être disponibles en français pour répondre aux besoins des communautés francophones.

Nous avons quelques recommandations et vœux pieux à faire. Je commencerai en disant que les instances décisionnelles doivent commencer à prendre une plus grande connaissance des barrières et des défis auxquels font face les francophones et incorporer ces réalités dans la planification des services.

There has to be greater access to information about the health of the francophone population so that we can have better planning for those services.

The federal, provincial and territorial governments have to work together to change the health care paradigm.

Governments have to encourage innovation and lay out funds to allow for innovation in the delivery of services by community health organizations.

And the federal government absolutely has to take into account the fact that minority francophone communities have pressing needs and have had to catch up when it comes to prevention services, support for seniors and end of life care. The federal government has to create a national fund to meet these needs.

[English]

The Chair: I would like to begin with some questions for Mr. Findlay.

Mr. Findlay, you make the powerful statement that we should always use the word "inclusion" rather than the word "participation." Would you elaborate on that a little bit for the whole committee.

Mr. Findlay: As I mentioned in my comments, I am free to participate in many things in society, but unless there are policies and procedures in place that remove the barriers to allow me to participate, then "participating" is only a word. "Inclusion" defines a higher standard of obligation on the part of those who would develop policies and procedures. Coming at you from that point of view, there is much more weight attached to the use of the word "inclusion."

The Chair: Can you give the committee specific examples of barriers to your inclusion?

Mr. Findlay: You are looking at one right now. Too often, people come at barrier-free environments without even thinking about the environment, because they have not been a part of the segment of society that has to deal with barriers on a day-to-day basis. For example, this arrangement where one cannot get close enough to a table in order to be comfortable making a presentation is a barrier, not a significant barrier, but it is one.

There are some significant barriers that persons with disabilities encounter daily, and I am not just thinking about people in wheelchairs. We are sort of the poster people for people with disabilities. Too often overlooked are people with hidden disabilities, such as learning disabilities, or people who are deaf or hard of hearing.

If I wanted to go to the Civic Centre here in Welland and transact some business but I were hard of hearing, what is in place to assist me with my disability? In Welland, we are just now moving to a system of FM transmitters to assist people with hearing disabilities. It is actually an FM broadcast signal that

Il doit y avoir un plus grand accès à l'information sur la question de la santé des francophones afin de pouvoir assurer une meilleure planification de ces services.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent travailler en collaboration afin d'aider à changer le paradigme des soins.

Ces mêmes gouvernements doivent encourager l'innovation et verser des argents pour permettre l'innovation dans la prestation des services par des organismes de santé communautaires.

Finalement, le gouvernement fédéral doit absolument tenir compte du fait que les communautés francophones en milieu minoritaire ont des besoins urgents et qu'elles ont du rattrapage à faire dans le domaine des services de prévention, de soutien aux aînés et des soins de fin de vie. Le gouvernement fédéral doit créer un fonds national pour aider à combler ces besoins.

[Traduction]

La présidente : J'aimerais commencer par poser quelques questions à M. Findlay.

Monsieur Findlay, vous avez déclaré que nous devrions toujours utiliser le mot « inclusion » plutôt que le terme « participation ». Pourriez-vous donner plus de détails à ce sujet pour tout le comité.

M. Findlay : Comme je l'ai mentionné dans mes observations, je suis libre de participer à un grand nombre d'événements dans la société, mais s'il n'y a pas de politiques et de procédures pour éliminer les barrières à ma participation, le mot « participer » n'est qu'un mot. L'« inclusion » dénote une norme d'obligation plus élevée de la part de ceux qui élaborent les politiques et les procédures. De ce point de vue, le mot « inclusion » est beaucoup plus lourd de sens.

La présidente : Pouvez-vous fournir au comité des exemples particuliers de barrières à votre inclusion?

M. Findlay : Vous en avez une devant les yeux. Trop souvent, les gens arrivent dans des lieux où il n'y a pas de barrières et n'y pensent pas parce qu'ils ne font pas partie d'un segment de la société qui doit tous les jours franchir des barrières. Par exemple, cet arrangement où l'on ne peut même pas s'approcher suffisamment d'une table pour être à l'aise au moment de la présentation d'un exposé est une barrière. Ce n'est pas une barrière importante, mais c'en est une.

Les personnes handicapées font face à des barrières importantes tous les jours, et je ne parle pas seulement des personnes en fauteuil roulant. Nous sommes en quelque sorte les têtes d'affiche des personnes handicapées. Nous oublions trop souvent les gens qui ont des handicaps subtils, comme les personnes qui souffrent de troubles d'apprentissage ou les malentendants.

Si je voulais me rendre au Civic Centre de Welland et faire des affaires là-bas, mais que j'étais malentendant, quels mécanismes seraient en place pour m'aider? À Welland, nous venons d'adopter un système d'émetteurs FM pour aider les personnes qui ont une déficience auditive. Il s'agit d'un signal de

would pick up a signal from a microphone such as this, broadcast it through an FM radio, and a person with a hearing disability who might be wearing a hearing aid or carrying a Walkman-type receiver could tune that device into the frequency of this transmitter and receive an amplified signal.

We are also talking about people with vision disabilities and the barriers that they face. For example, also in this city and across the region, we are starting to implement accessible pedestrian signals. I am sure most of you have seen them. They are the signals that chirp like a bird when it is safe to cross and also give some sort of directionality to allow people who are cane users the ability to go in the direction they want to instead of in the wrong direction.

Some types of disabilities are faced not only by persons in wheelchairs but also by people with other disabilities. Regardless of our disability, we are all faced from time to time with a lack of accessible transit. No doubt, if you cannot get out of your house, you will not go anywhere and you will not be a benefit to anyone. Your talents will be underutilized, you will be underemployed, you will be neglected by society; in fact, you will be that part of society that is out of sight, out of mind.

Things are slowly changing, but in the past years I have had comments come back to me when I entered a retail establishment for example that was particularly hard to get into because of the physical barrier. I questioned the salesperson, "Gee, I do not see many people with disabilities in your establishment. Maybe you should try to get rid of that barrier," and the answer was, "Well, you know, we never see any people with disabilities." No wonder.

Regarding the lack of accessible transit, I think if you were to name a paramount barrier, that would be the one that would help to bring people with disabilities into the mainstream of society.

The Chair: I am increasingly concerned with the demographic changes that are taking place with people who may end up with more than one disability. I remember my father being in a hospital in Calgary. This was a man who was now paralyzed on one side. He had been a premier, a senator, a cabinet minister, clearly a rather alert human being. The nurse decided that his stroke had left him with some severe mental incapacity. When I asked, "Why do you think that?" the reaction was, "He does not respond to what I am saying. I said, "Well, perhaps you should give him his hearing aids."

We will end up with more of that. There may be the obvious disability, but then as you have identified there might be the less obvious disability, and it will be equally a barrier, if not more of a barrier, to their sense of inclusion.

Mr. Findlay: One disability in fact compounds the other, so that we have a cumulative effect that is greater than two, perhaps three times larger.

radiodiffusion FM qui pourrait détecter un signal d'un microphone comme celui-ci, l'émettre par l'entremise d'un récepteur de radiodiffusion FM et qu'une personne ayant une déficience auditive pourrait capter grâce à une prothèse auditive ou à un récepteur qui ressemblerait à un walkman en le réglant à la fréquence de ce transmetteur pour recevoir un signal amplifié.

Nous parlons également des personnes qui ont une déficience visuelle et des barrières qu'elles doivent affronter. Par exemple, dans cette ville et dans toute la région, nous avons commencé à installer des signaux pour piétons accessibles. Je suis certain que la plupart d'entre vous les avez vus. Ce sont des signaux qui font le bruit d'un oiseau quand il est sécuritaire de traverser et qui permettent également aux personnes qui utilisent une canne de se diriger dans la bonne direction.

Certains obstacles doivent être surmontés non seulement par les personnes en fauteuil roulant, mais également par celles qui ont d'autres handicaps. Quel que soit notre handicap, nous devons tous de temps à autre faire face au problème de l'accessibilité du transport. Il va sans dire que si vous ne pouvez pas sortir de chez vous, vous n'irez nulle part et vous ne serez utile à personne. Vos talents seront sous-utilisés, vous serez sous-employé et négligé par la société; en fait, vous ferez partie d'un segment de la société qui est loin des yeux et loin du cœur.

Les choses changent lentement, mais au cours des dernières années, j'ai reçu des commentaires quand j'entrais dans des commerces, par exemple, dans lesquels il était particulièrement difficile d'entrer en raison d'une barrière physique. Je disais au vendeur : « C'est drôle. Je ne vois pas beaucoup de personnes handicapées dans votre établissement. Peut-être devriez-vous essayer d'éliminer cette barrière. » Il me répondait : « Eh bien, vous savez, il n'y a jamais de personnes handicapées qui viennent ici. » Ce n'est pas étonnant.

Si vous aviez à nommer la barrière suprême, il s'agirait du problème de l'accessibilité du transport, lequel, s'il était réglé, permettrait aux personnes handicapées d'intégrer la société.

La présidente : Je suis de plus en plus préoccupée par les changements démographiques qui ont lieu et qui font en sorte que certaines personnes souffrent de plus d'un handicap. Je me rappelle que mon père a été hospitalisé à Calgary. On parle d'un homme qui était paralysé d'un côté. Il avait été premier ministre, sénateur, membre du Cabinet, bref, un être humain très vif. L'infirmière a décidé que son ACV avait causé une grave incapacité mentale. Quand je lui ai demandé pourquoi elle pensait cela, elle a répondu : « Il ne répond pas quand je lui parle. » Je lui ai donc dit : « Peut-être que vous devriez lui donner ses prothèses auditives. »

Il y aura de plus en plus de cas semblables. Il y a les handicaps évidents, mais comme vous l'avez dit, il y a également des handicaps moins évidents. Ces derniers constituent également une barrière, peut-être même une barrière plus difficile à surmonter, à l'inclusion.

M. Findlay : Un handicap aggrave effectivement l'autre, et il y a un effet cumulatif qui fait en sorte que les obstacles sont deux fois, voire trois fois, plus difficiles à surmonter.

You must realize that just because a person has one disability does not mean that subsequent disabilities will indeed develop. I am thinking of persons with diabetes, a progressive condition that so often over time results in a neuropathy that might result in an amputation. Persons with diabetes are more prone to heart disease and to blindness.

Certainly, senator, your remarks are well taken that we have to guard against and provide information about healthy living that will mitigate some of these disabilities that may develop as we age.

Senator Cordy: I have a couple of questions. The first one is on transportation. Mr. Rose, you brought it up and Mr. Findlay just referred to it. This is an issue that we have heard over and over again.

We have transportation within urban areas, and we have talked about bus passes and there currently being a credit if you buy a pass, which is fine if you have a bus system in your region.

Mr. Rose, you made reference to the fact that you might have a bus system, and you could take the bus into the nearest urban area or the nearest hospital or whatever for an appointment, and then you wait for eight hours or until the next day before you can get the return bus to your home. This must be extremely difficult, I was going to say doubly but it is even worse, for those who have a disability. How do you get from point A to point B for an appointment or for anything? It does not have to be only a medical reason, it could be that you want to go shopping or somewhere else.

What should we recommend in terms of transportation? In rural areas in my province, a bus will not pass by every 20 minutes. That is just not realistic. In fact, you might not even need a bus; you might just need a van or a car.

Further, in my province, in the smaller areas, transportation, instead of being enhanced, is in fact being reduced even further. With the cost of gas, I think that transportation will be made even more challenging for smaller areas.

Do you have any solutions? Are there recommendations this committee should make regarding transportation?

Mr. Rose: Niagara Falls has a bus system. Welland has a bus system. St. Catharines has a bus system. The problem is trying to get the three going together, because there are also Fonthill, Fort Erie and Port Colborne. We are all in the Niagara district. Twelve municipalities make up the region. We are trying to get together.

Say you have an appointment with a specialist in Port Colborne. How do you get there? There are some small buses that I think are trying to help people out, but it is just like guesswork. However, sometimes you do not need guesswork; you

Vous devez savoir que, même si une personne souffre d'un handicap, cela ne veut pas dire que d'autres handicaps viendront s'y ajouter. Je pense aux gens qui souffrent du diabète, qui est une maladie progressive qui, souvent, au fil du temps, donne lieu à une neuropathie qui peut aboutir à une amputation. Les personnes qui souffrent du diabète sont plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie du cœur et de cécité.

Bien sûr, sénateur, vous visez juste quand vous dites qu'on doit faire attention et fournir de l'information sur les modes de vie sains, ce qui préviendra certains des handicaps dont nous pouvons être atteints à mesure que nous vieillissons.

Le sénateur Cordy : J'ai quelques questions. La première concerne le transport. Monsieur Rose, vous en avez parlé, et M. Findlay en a également fait mention. Il s'agit d'un problème dont nous avons entendu parler à maintes reprises.

Nous avons des systèmes de transport dans les régions urbaines, et nous avons parlé des laissez-passer d'autobus. Il y a actuellement un crédit d'impôt pour les gens qui achètent un laissez-passer, ce qui est bien si on habite dans une région qui a un réseau d'autobus.

Monsieur Rose, vous avez mentionné que, même s'il y a un réseau d'autobus et que vous pouvez prendre un autobus pour vous rendre à la ville ou à l'hôpital le plus rapproché pour un rendez-vous, vous pourriez être obligé d'attendre huit heures ou même jusqu'au jour suivant avant de pouvoir rentrer à la maison par autobus. Cela doit être extrêmement difficile — j'allais dire deux fois plus difficile, mais ça doit l'être davantage — pour les personnes handicapées. Comment se rendre du point A au point B pour un rendez-vous ou pour n'importe quoi? Ce n'est pas obligé d'être pour une raison médicale. Vous pourriez simplement vouloir aller faire des achats ou sortir.

Que devrions-nous recommander sur le plan du transport? Dans les régions rurales de ma province, un autobus ne passera pas toutes les 20 minutes. Ce n'est tout simplement pas réaliste. En fait, un autobus n'est peut-être pas nécessaire; une fourgonnette ou une voiture peut suffire.

De plus, dans les petites villes de ma province, au lieu d'améliorer le système de transport, on le réduit. Avec le coût de l'essence, je pense que le transport constituera un défi encore plus difficile à relever pour ces petites villes.

Avez-vous des solutions à suggérer? Le comité devrait-il faire des recommandations relatives au transport?

M. Rose : Niagara Falls a un réseau d'autobus. Welland a un réseau d'autobus. St. Catharines a un réseau d'autobus. Le problème est de tenter d'harmoniser ces trois réseaux parce que l'on doit également desservir Fonthill, Fort Erie et Port Colborne. Nous faisons tous partie du district de Niagara. Douze municipalités font partie de la région. Nous tentons de travailler de concert.

Imaginons que vous avez un rendez-vous avec un spécialiste à Port Colborne. Comment allez-vous vous y rendre? Je pense qu'on a prévu certains petits autobus pour venir en aide à la population, mais il ne s'agit pas d'un réseau bien organisé.

need the bus right there, if you have to go the eye specialist in St. Catharines where my wife goes, or the eye specialist in Fort Erie or Port Colborne.

Maybe I should not say this, but I remember when we had the railroad system here — the Toonerville Trolley, I called it. We went all over the place, Port Dalhousie, Thorold, Niagara Falls, and it was just out of this world. It was all run by electricity. For some reason or other, somebody took it away. They even tore down the bridge over the river. There are still some bridges still there, though, and the base is still there, but I imagine it would be way overboard to try to get that system back.

It was a perfect system for the Golden Horseshoe, the Niagara Peninsula. We could go any place. We could go right to Port Dalhousie. There used to be picnics there, where I worked, then they transferred their picnic to Crystal Beach. That would be the ideal, cheapest thing to have, if we could get it going again. It was suggested a few times, but that is as far as it got. That would combine all the Niagara Peninsula and Golden Horseshoe together.

Mr. Findlay: Transportation is a problem. We should start to scale things back a little bit and temper our expectations as far as transit is concerned. Most municipalities in Canada, I suspect, could not support a transit system that looks like buses, but I suspect every municipality except for the very small would have a taxi system. We should encourage taxi operators to invest in accessible vehicles.

The cost of those vehicles has come down drastically in the last number of years. The first vehicle I purchased 10 years ago cost \$62,000; now they are down to about \$40,000. The reason for that is economy of scale, and as the environment becomes friendlier for persons with disabilities they are making those purchases, which forces the price down further.

There is an opportunity to subsidize taxi operators in municipalities to purchase a minivan that has a ramp in it instead of purchasing a sedan.

Senator Cordy: In Halifax we have the Access-A-Bus, and you phone and make an appointment for the Access-A-Bus to pick you up. I say bus, but it is a smaller vehicle.

Mr. Rapelje: We are talking about the public side of transit. I think we need to be aware that many agencies have buses, very expensive buses. The agency that I directed at one time had 14 buses, and a couple of them would carry 11 or 12 wheelchairs at a time. That really allowed us to get residents from long-term care out in the community.

Fourteen of those buses often sat idle hour after hour because of insurance complications. In Port Colborne we were next to a daycare centre. The staff there asked if they could use our bus to take the kids out for a picnic. I think we need to look for ways to

Cependant, parfois, on a besoin d'un réseau bien organisé; on a besoin que l'autobus soit là quand on a un rendez-vous avec un ophtalmologue à St. Catharines. où mon épouse se rend, à Fort Erie ou à Port Colborne.

Peut-être que je ne devrais pas le dire, mais je me souviens du réseau de trains qu'on avait ici — je l'appelais le Toonerville Trolley. Il allait un peu partout : Port Dalhousie, Thorold, Niagara Falls. C'était magnifique. Il fonctionnait à l'électricité. Pour une raison quelconque, on l'a éliminé. On a même détruit le pont qui traversait la rivière. Certains des ponts sont toutefois encore là, et la base y est toujours, mais j'imagine que ce serait fou de tenter de réinstaurer ce système.

C'était un système parfait pour le Golden Horseshoe, c'est-à-dire la péninsule du Niagara. On pouvait se rendre n'importe où. On pouvait aller jusqu'à Port Dalhousie. Autrefois, on y organisait des pique-niques et j'y travaillais. Puis, ils ont transféré leurs pique-niques à Crystal Beach. Ce serait le réseau idéal et le moins onéreux, si on pouvait le réinstaurer. On a fait cette suggestion à quelques reprises, mais le projet n'est pas allé de l'avant. Un tel réseau permettrait de relier toutes les régions de la péninsule du Niagara et du Golden Horseshoe.

M. Findlay : Le transport est un problème. Nous devrions réduire nos attentes un peu en ce qui concerne le transport en commun. Je suppose que la plupart des municipalités au Canada ne pourraient pas se permettre un réseau d'autobus, mais je soupçonne que toutes les municipalités, sauf peut-être les plus petites, pourraient avoir un réseau de taxis. Nous devrions encourager les compagnies de taxis à investir dans des véhicules accessibles.

Le coût de ces véhicules a diminué de manière considérable au cours des dernières années. Le premier véhicule que j'ai acheté il y a dix ans coûtait 62 000 \$; maintenant, ils coûtent environ 40 000 \$. Cela s'explique par les économies d'échelle. À mesure que la situation des personnes handicapées s'améliore, elles font de tels achats, ce qui fait baisser les prix.

On pourrait subventionner les compagnies de taxis dans les municipalités afin qu'elles achètent une fourgonnette munie d'une rampe, plutôt qu'une berline.

Le sénateur Cordy : À Halifax, nous avons Access-A-Bus, qui est un service qui vous permet de téléphoner et de faire un rendez-vous pour qu'un autobus passe vous prendre. Je dis un autobus, mais il s'agit en réalité d'un plus petit véhicule.

M. Rapelje : Nous parlons du transport en commun. Je pense que vous devez savoir qu'un grand nombre d'agences ont des autobus, qui sont très onéreux. L'agence que je dirigeais avait, à un moment donné, 14 autobus, dont quelques-uns pouvaient contenir 11 ou 12 fauteuils roulants en même temps. Cela nous permettait de faire sortir les bénéficiaires de soins de longue durée dans la collectivité.

Quatorze de ces autobus sont demeurés garés pendant de longues périodes en raison de complications liées à l'assurance. À Port Colborne, nous étions à côté d'une garderie. Le personnel nous a demandé s'il pouvait utiliser notre autobus pour amener

better share equipment that agencies can afford to buy but need only for limited times. Otherwise the equipment sits there idle for hours.

[Translation]

Mr. Castonguay: I would also like to make a comment. When we talk about this, we tend to think that it should be an urban transit system, or a system organized by municipalities or governments, but as my colleague said, there are in fact a number of agencies.

Take the case of my wife, who has just undergone a year of chemotherapy for cancer, and she had to go back and forth from St. Catharines to Hamilton, with the help of the Canadian Cancer Association. They regularly transported four patients to go for one treatment or another.

I would say, however, that the problem we have, for supporting these programs, is that the agencies that are trying to organize the programs do not receive any support and have to undertake all kinds of fundraising activities. So they are burning themselves out doing fundraising and have not even had a chance yet to organize the services that are missing in order to assist the public.

A bus costs \$100,000 to \$150,000. I would say that charitable organizations in this region are given no funding to organize transportation systems.

We have to go back and look at what is happening in the communities and see how we can help those communities to build capacity, instead of parachuting models in.

[English]

Senator Cordy: My last question is for Mr. Rapelje. I will take this advantage, since you are on the board of Veterans Affairs Canada, to talk about the Veterans Independence Program, which is quite an amazing program. I often look at how it started, and it was because the hospitals were filled; there was no room, so they decided as an interim measure to have people come into the homes. Then when there was room, the veterans said, "No thanks, we much prefer to be in our homes."

We have heard from several people that this should be a model not just for veterans but for all seniors in Canada. Would you agree with that?

Mr. Rapelje: Yes. That is exactly what I was attempting to say.

I have been on that council since its inception, and nothing has impressed me more than what that has done. I commend the government for extending the program to spouses for the rest of their lives. We felt strongly about that. I think it will make a big difference, because often they are the ones who are caregivers for

les enfants à un pique-nique. Je pense que nous devrions envisager les manières de partager l'équipement que les agences peuvent se permettre d'acheter, mais dont elles n'ont besoin que pour des périodes limitées. Autrement, l'équipement demeure inutilisé pendant de longues périodes.

[Français]

M. Castonguay : J'aimerais aussi faire un commentaire. Quand on reprend ce débat, on a tendance à penser que cela doit être un réseau de transport urbain ou organisé par les municipalités ou les gouvernements, mais comme disait mon collègue, il y a quand même plusieurs agences.

Je vous donne le cas de mon épouse, qui vient de passer une année de chimiothérapie pour un cancer et elle devait se promener de St. Catharines à Hamilton, avec l'aide de l'Association canadienne du cancer. Ils transportaient régulièrement quatre patients pour aller subir des thérapies quelconques.

Cependant, j'oserais dire que le problème qui existe pour pouvoir soutenir ces programmes, c'est que les organismes qui essaient d'organiser les programmes ne reçoivent aucun appui et sont obligés de faire toutes sortes d'activités de levées de fonds. Donc, ils sont en train de se brûler à faire des collectes de fonds sans même avoir eu la chance d'avoir organisé les services qui manquent pour aider la population.

Le coût d'un autobus est de 100 000 \$ à 150 000 \$. J'oserais dire aucun montant n'est donné en octroi à des organismes charitables dans la région pour organiser des systèmes de transport.

Il faut retourner voir ce qui se passe dans les communautés et voir comment on peut aider les communautés à bâtir des capacités, au lieu d'arriver avec des modèles parachutés.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Ma dernière question s'adresse à M. Rapelje. Comme vous siégez au conseil du ministère des Anciens Combattants, je saisisrai cette occasion de parler du Programme pour l'autonomie des anciens combattants, qui est un programme magnifique. Je pense souvent à ses débuts. Les hôpitaux étaient pleins et il n'y avait plus de place. Ils ont donc décidé de permettre aux gens de rester chez eux, de façon provisoire. Puis, quand il y a eu de la place, les anciens combattants ont dit : « Non merci. Nous préférons rester chez nous. »

Plusieurs personnes nous ont dit qu'il s'agit d'un modèle qui devrait être adopté non seulement pour les anciens combattants, mais également pour tous les aînés au Canada. Êtes-vous d'accord?

M. Rapelje : Oui. C'est exactement ce que je voulais dire.

Je siége à ce conseil depuis sa création, et rien ne m'a impressionné autant que ce programme. Je félicite le gouvernement d'avoir élargi le programme pour permettre aux conjointes des anciens combattants d'en profiter pour le reste de leur vie. C'est une chose qui nous tenait à cœur. Je pense que cela

years, and then they were just cut off from a service at a time in their life when they probably most needed it. I think that is a very progressive step.

I cannot think of any other program at the moment that I think would be more beneficial and would complement our overall approach to community care, to allowing people to stay in their homes.

Veterans Affairs Canada did a study in Ottawa, Halifax and Vancouver. When they went back after people who thought they needed long-term care had the option of the VIP program, they were astounded to find that the waiting list had gone down 90 per cent. You can get that study from John Walker at Veterans Affairs.

The evidence is clear that that program has been extremely effective. We can never do enough for our veterans, and I think it has allowed many of them to enjoy a good quality of life and independence for a much longer period of time.

Senator Cordy: I remember when the bill was extended to spouses. Senator Carstairs was Leader of the Government in the Senate at that time and asked me to sponsor that bill. It was a fun bill to sponsor because everybody, regardless of political party, was going to vote in favour of that.

I appreciate your comments about having a summary that laypersons can understand. Perhaps we will take your advice when we give our final report, because not only is it good for the average person but it is also good when the media has a shortened version. You are then more likely to get some attention in the media.

Mr. Rapelje: You are talking about research?

Senator Cordy: Yes.

Mr. Rapelje: I am not a researcher, but I was amazed. I would not want to guess how much good research never gets off the shelf or near the people who could benefit. I think we have to change that. There is no sense spending millions of dollars on research if it does not make a change, if it does not help improve the quality of life for seniors or for the physically challenged or mentally challenged, whatever the research is. I would hope your committee would really see a way to change that.

The Institute of Aging realizes that that is one of their main goals now. About all I could bring to that council, as far as I was concerned, is to say that I worked my whole career and I do not ever remember referring to research, because I would not have known how to find it. I would not know where to go. However, I think we can change this if there is the initiative to do it.

fera une grosse différence parce que les conjoints agissaient souvent à titre de soignants pendant de longues années, puis, ils perdaient le service à une période de leur vie où ils en avaient probablement le plus besoin. Selon moi, il s'agit d'une mesure très importante.

Je ne peux penser en ce moment à aucun autre programme qui serait plus bénéfique et qui viendrait compléter notre approche globale face aux soins de santé communautaire que celui-là, qui permet aux gens de rester chez eux.

Le ministère des Anciens Combattants a mené une étude à Ottawa, à Halifax et à Vancouver. Quand les responsables de cette étude ont parlé aux gens qui pensaient avoir besoin de soins de longue durée, mais qui avaient bénéficié du PAAC, ils ont été étonnés de découvrir que la liste d'attente pour les soins de longue durée avait été réduite de 90 p. 100. Vous pouvez obtenir cette étude auprès de John Walker, du ministère des Anciens Combattants.

Il est clair que ce programme a été extrêmement efficace. Nous ne pouvons jamais en faire assez pour nos anciens combattants, et je pense que ce programme a permis à un grand nombre d'entre eux de jouir d'une bonne qualité de vie et d'une autonomie pendant une période beaucoup plus longue.

Le sénateur Cordy : Je me souviens de l'époque à laquelle le programme a été élargi pour être offert aux conjoints. Le sénateur Carstairs était alors leader du gouvernement au Sénat et elle m'a demandé de parrainer le projet de loi. J'ai été heureux de le faire, car tout le monde, dans tous les partis politiques, allait voter en faveur de l'adoption de ce projet de loi.

J'apprécie vos commentaires sur la nécessité de rédiger des sommaires que les profanes peuvent comprendre. Peut-être suivrons-nous vos conseils quand nous communiquerons notre rapport final parce qu'ils sont bénéfiques pour le citoyen moyen, mais également pour des médias, qui pourront tirer profit d'une version abrégée. La question pourra ainsi attirer davantage l'attention des médias.

M. Rapelje : Vous parlez de la recherche?

Le sénateur Cordy : Oui.

M. Rapelje : Je ne suis pas un chercheur, mais je suis émerveillé. Je ne voudrais pas avoir à deviner le nombre de recherches qui demeurent sur une tablette ou dont personne ne tire profit. Je pense qu'il faut changer cela. Il est inutile de consacrer des millions de dollars à la recherche si elle ne permet pas d'apporter des changements, si elle ne permet pas d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées ou des personnes qui sont aux prises avec des difficultés physiques ou mentales, quelle que soit la recherche. J'espère que votre comité trouvera une manière de changer cette situation.

L'Institut du vieillissement sait qu'il s'agit maintenant de l'un de ses principaux objectifs. Tout ce que j'ai pu dire à ce conseil d'administration est que, au cours de toute ma carrière, je ne me souviens pas d'avoir fait une seule fois référence à une recherche parce que je ne saurais pas comment trouver l'information dont j'ai besoin. Je ne saurais pas où aller. Cependant, je pense que l'on peut changer cela si on en a l'initiative.

[Translation]

Senator Chaput: My questions are for Mr. Castonguay and Mr. Tremblay.

First, I would like to say that we are all aware that people who are aging face a lot of challenges, but those challenges are heightened when there is a language barrier. I think everyone agrees on that.

Mr. Castonguay, you talked about annual income of \$12,000, if I understood correctly. Is that income for senior women only?

Mr. Castonguay: That's for seniors in general.

Senator Chaput: In Ontario?

Mr. Castonguay: Yes.

Senator Chaput: Francophone seniors in general?

Mr. Castonguay: That is right, between \$12,000 and \$24,999.

Senator Chaput: Of those seniors, what percentage is women?

Mr. Castonguay: The percentage who are women is 55.1 per cent.

Senator Chaput: What do they do to make ends meet?

Mr. Castonguay: Well, they do not. They live below the poverty line. This is even more frightening if we look at those figures and the geographic barriers, and we know that these people are living in northern and eastern Ontario, in little rural communities where there are real transportation problems. For example, a woman living in Hearst who has to go to Sudbury to get health care, there is no certainty that she is going to get there if she is single and has an income between \$12,000 and \$24,999.

Another example of this situation is a francophone who lives in northern Ontario and has to go to southern Ontario for health care, the costs of the patient's care are paid for, for the trip, the costs for the natural caregiver who travels with the patient are not. And it's the reverse in southern Ontario: a person living in southern Ontario who goes to northern Ontario, say to Sudbury, for health care, the costs for both the patient and the natural caregiver who accompanies the patient are paid.

Senator Chaput: Why?

Mr. Castonguay: It is an anomaly in the Ontario health care system that means that people who live in southern Ontario have to be poorer than people in northern Ontario. It's an anomaly that has never been corrected.

Senator Chaput: You spoke about the New Horizons program, which you consider to be a valuable program that should allow for new initiatives. Would you have any examples of what you mean by "new initiatives"?

[Français]

Le sénateur Chaput : Mes questions s'adressent à M. Castonguay et à M. Tremblay.

Dans un premier temps, j'aimerais dire que nous sommes tous conscients que la personne âgée a beaucoup de défis, mais que ces défis sont amplifiés lorsqu'il y a une barrière linguistique. Je pense que tout le monde est d'accord avec cela.

Monsieur Castonguay, vous avez parlé d'un revenu annuel de 12 000 \$, si j'ai bien compris. Est-ce un revenu seulement pour les femmes aînées?

M. Castonguay : Ce sont les aînés en général.

Le sénateur Chaput : En Ontario?

M. Castonguay : Oui.

Le sénateur Chaput : Les aînés francophones en général?

M. Castonguay : Exact, entre 12 000 \$ et 24 999 \$.

Le sénateur Chaput : De ces aînés, quel est le pourcentage des femmes?

M. Castonguay : Le pourcentage des femmes est de 55,1 p.100.

Le sénateur Chaput : Comment font-elles pour arriver?

M. Castonguay : Justement, elles n'arrivent pas. Elles vivent sous le seuil de la pauvreté. Ce qui fait encore plus peur quand on regarde ces chiffres et les barrières géographiques, et qu'on sait que ces personnes vivent souvent dans le nord et dans l'est, dans des petits coins ruraux où l'on a de vrais problèmes de transport. Par exemple, une femme qui habite à Hearst et qui doit se rendre à Sudbury pour recevoir des soins de santé, ce n'est pas évident qu'elle va s'y rendre si elle est seule et a un revenu entre 12 000 \$ à 24 999 \$.

Un autre exemple de cette situation : le francophone qui habite dans le nord et qui doit aller vers le sud pour des soins de santé, les coûts de soins du patient sont payés pour la visite, mais ne sont pas remboursés pour l'aidant naturel qui l'accompagne. Alors que c'est l'inverse pour le sud de l'Ontario : une personne qui habite le sud de l'Ontario qui va dans le nord, disons vers Sudbury pour recevoir des services de santé, le coût du patient et le coût de l'aidant naturel qui l'accompagne sont payés.

Le sénateur Chaput : Pourquoi?

M. Castonguay : C'est une anomalie dans le système de santé de l'Ontario qui fait que des gens qui habitent dans le sud doivent être plus dépourvus que ceux du nord. C'est une anomalie qui n'a jamais été corrigée.

Le sénateur Chaput : Vous avez parlé du programme Nouveaux Horizons qui, d'après vous, est un programme valable et qu'il devrait permettre des nouvelles initiatives. Auriez-vous des exemples de ce que vous voulez dire par « des nouvelles initiatives »?

Mr. Castonguay: Certainly, when we talk about a transportation system, that is one example. I am looking at initiatives like New Horizons and the total funding granted is about \$25,000.

In communities like in the Niagara region, where francophones are spread out from Hamilton to Fort Erie, pretty much everywhere, organizing activities like day centres for seniors can't be done for \$25,000. There are all sorts of possibilities and examples of activities that could be done, but they cannot be done with \$25,000, and that's the problem.

Mr. Tremblay and I speak regularly, and we are starting to talk about virtual long-term care homes where residents who are still living at home can be connected to the medical services at a health care centre, but that are attached to a long-term care centre.

We have to try to find innovative models, and federal programs that can help us develop them.

Senator Chaput: And at present there are no federal programs that would be interested in this kind of initiative.

Mr. Castonguay: That is right, they are nonexistent.

André Tremblay, Directeur Général, Foyer Richelieu: I can add that in our facility, we have a residence for francophone seniors that is nearby. We applied to be able to provide them with programs and support, and our application was turned down. These are people with limited autonomy. These people are like everyone else, they are aging and they often have to use community resources because we can't give them that service in-house, when there is a passage connecting the two facilities.

I think there might be a way to find solutions. These people could stay much longer, because they are already in a protected setting, if you like. They are already in a seniors' residence.

Senator Chaput: Do you have access to home health care in French for your seniors?

Mr. Castonguay: In fact, the Health Centre is in the process of examining the possibility of implementing that kind of care. We have just hired three nurses at the centre to identify the most vulnerable populations in the community, so we can do follow-up between their doctor appointments at our facility.

Mr. Tremblay: I would like to add something concerning the language problem. When we transfer residents to hospital, the families ask us when their mother or father will be able to come back to the residence. You have to understand that these are often people whose health is deteriorating and who often have to be sent to palliative care.

The best thing we can offer them is, if they want, to come back to die at our facility or to go home to die in their own home and their own language. I think this has become a major problem in our region, particularly for our clientele. Of these people,

M. Castonguay : Justement, quand on parle d'un réseau de transport, c'est un exemple. Je regarde présentement des initiatives comme Nouveaux Horizons et le total des subventions est d'environ 25 000 \$.

Dans des communautés, comme la région de Niagara, où les francophones sont éparpillés de Hamilton à Fort Erie et un peu partout, organiser des activités comme des centres de jour pour les aînés ne se fait pas à coups de 25 000 \$. Il y a toutes sortes de possibilités et d'exemples d'activités qu'on est capable de faire, mais cela ne se fait pas avec 25 000 \$, et c'est cela le problème.

Monsieur Tremblay et moi parlons régulièrement, et on commence à parler de foyers de longue durée de type virtuel où l'on est capable de brancher les résidents qui demeurent encore à leur domicile avec les services médicaux d'un centre de santé, mais qui sont greffés à un centre de longue durée.

Il faut essayer de trouver des modèles novateurs et des programmes fédéraux qui sont capables de nous aider à les développer.

Le sénateur Chaput : Et présentement, il n'y a pas de programmes fédéraux qui s'intéresseraient à ce genre d'initiative.

M. Castonguay : Exact, c'est non existant.

André Tremblay, directeur général, Foyer Richelieu : Je peux ajouter qu'à notre établissement, nous avons une résidence pour personnes âgées francophones qui est à proximité. On a fait une demande pour leur offrir des programmes et du soutien, et notre demande n'a pas été retenue. Ce sont des personnes qui sont en perte d'autonomie. Ces personnes sont comme tout le monde, elles vieillissent et elles sont souvent obligées d'avoir recours à des ressources de la communauté parce qu'à l'interne on ne peut pas leur donner ce service quand il y a un passage qui relie les deux établissements.

Je trouve qu'il y aurait peut-être lieu de trouver des solutions. Ces personnes pourraient demeurer beaucoup plus longtemps, parce qu'elles sont déjà dans un milieu protégé, si on veut. Elles sont déjà dans une résidence pour personnes âgées.

Le sénateur Chaput : Avez-vous accès à des soins de santé à domicile en français pour vos aînés?

M. Castonguay : En fait, le Centre de santé est en train d'examiner la possibilité de mettre en place ce genre de soins. On vient tout juste d'embaucher trois infirmières au centre pour dépister les populations les plus vulnérables dans la communauté, afin de permettre des suivis entre les visites aux médecins qu'ils font chez nous.

M. Tremblay : Je voudrais ajouter quelque chose concernant le problème de la langue. Quand nous transférons des résidents à l'hôpital, les familles nous demandent quand leur mère ou leur père sera capable de revenir à l'établissement. Il faut comprendre que ce sont souvent des personnes qui vivent une détérioration de leur santé et qui souvent doivent être envoyées aux soins palliatifs.

La meilleure chose qu'on peut leur offrir est de, s'ils le veulent, revenir mourir chez nous ou retourner chez eux pour mourir dans leur maison et dans leur langue. Je pense que c'est devenu un problème majeur dans notre région, particulièrement pour notre

95 per cent of our clients, some have French as a first language. Over the years, they have learned English, and now, as they lose their memory, they revert back to their mother tongue. When they get to the hospital and they need care, we have to remember that there are fewer staff and they are busier, so they do not take the time to pay attention and really understand what the person wants. So care and services are limited.

We are seeing more and more families whose members or carers are less available. At that point, when those people have to go to hospital, they are in a bad situation because there is no one around them who can help them. We encounter these situations regularly. The facility has to try to find solutions for people who need care in hospital.

Senator Chaput: I assume that the pool of volunteers who are able to speak French and have the time to do volunteer work is getting smaller and smaller. Is that the same thing where you are?

Mr. Castonguay: It is getting smaller and smaller, because it is used up. Given that there are no institutions that are capable of offering services in French, we have to depend on volunteers a lot. So then we have to find a specialized volunteer. When you are offering home care, you can't take on just anyone.

At this point, the traditional institutions, with the resources they have, can't meet the needs of minority communities. That's why the community aspect becomes so important. We need support so we can train our volunteers, and recruit and retain them.

Mr. Tremblay: One thing I might add on the question of volunteers is that we have to realize that our volunteers are aging, and now we are admitting them as residents!

Senator Chaput: What I understand is that you are prepared to try all kinds of innovative things, virtual connections, to meet the needs of your francophone clientele.

You said there are good prevention programs. Obviously there are a lot in English, not necessarily in French.

Could you give us examples of what there is in English, which is working well, and that you don't have access to in French?

Mr. Castonguay: In fact, what happens is that there is a lot of research into managing chronic illness. It is in English. For example, how to treat diabetes is no different in French and English. But when we look at the explosion of type II diabetes among seniors, we have to know how to educate people and raise awareness in French, particularly when we are starting to look at socio-demographic studies that show that seniors have less than a grade nine education. We can't expect to be able to inform people using materials that are written for university graduates.

clientèle. De ces personnes, soit 95 p. 100 de nos clients, plusieurs ont le français comme première langue. Au fil des années, ils ont appris l'anglais, et maintenant, avec une perte de mémoire, ils reviennent à leur langue natale. Quand ils arrivent à l'hôpital et qu'ils ont besoin de soins, il faut quand même réaliser que souvent le personnel est moins nombreux et plus occupé, alors on ne prend pas le temps de s'attarder pour vraiment comprendre ce que la personne veut. Les soins et les services sont alors limités.

On voit de plus en plus de familles dont les proches ou les aidants sont moins disponibles. À ce moment-là, quand ces personnes doivent aller à l'hôpital, ils sont dépourvus parce qu'il n'y a personne autour qui puisse les aider. On doit vivre plusieurs de ces situations. L'établissement doit essayer de trouver des solutions pour les personnes qui doivent recevoir des soins à l'hôpital.

Le sénateur Chaput : Je suppose que le bassin de bénévoles qui peut s'exprimer en français et qui a le temps de faire du bénévolat devient de plus en plus réduit. Est-ce que c'est la même chose chez vous?

M. Castonguay : Il devient de plus en plus réduit, à cause de l'épuisement. Étant donné qu'il n'y a pas d'institutions qui sont capables d'offrir les services en français, on doit dépendre beaucoup du bénévolat. On doit alors se tourner vers un bénévole spécialisé. Quand on commence à offrir des soins à domicile, on ne peut pas prendre n'importe qui.

Les institutions traditionnelles ne peuvent pas en ce moment, avec leurs ressources, répondre aux besoins des communautés minoritaires. C'est pour cela que l'aspect communautaire devient tellement important. On a besoin de soutien pour être capable de former nos bénévoles, les recruter et les garder.

M. Tremblay : Une chose que je pourrais rajouter en ce qui concerne le bénévolat, c'est qu'il faut réaliser que nos bénévoles sont vieillissants et maintenant, on les admet en hébergement!

Le sénateur Chaput : Ce que je comprends c'est que vous êtes prêts à essayer toute sorte de choses innovatrices, virtuelles, pour répondre aux besoins de votre clientèle francophone.

Vous avez mentionné qu'il y a de bons programmes de prévention. Il y en a évidemment beaucoup qui existent dans la langue anglaise, pas nécessairement en français.

Pourriez-vous nous donner des exemples de ce qui existe en anglais, qui est très bien et auquel vous n'avez pas accès dans la langue française?

M. Castonguay : En fait, ce qui arrive est qu'il y a beaucoup de recherche sur la gestion de la maladie chronique. Elle existe en anglais. Par exemple, la façon de soigner le diabète n'est pas différente en français qu'en anglais. Cependant, quand on regarde l'explosion de diabète type II chez les aînés, il faut quand même savoir éduquer et sensibiliser les gens en français, surtout quand on commence à regarder les études sociodémographiques qui démontrent que les aînés ont un niveau d'éducation inférieur à 9 p. 100. Il ne faut pas s'attendre à ce qu'on informe les gens avec du matériel qui est écrit pour des universitaires.

Our Health Centre has started working on management of chronic illnesses. I think we are creating some amazing tools. We have started to use videoconferencing, where we can give a workshop in Welland with an audience in Hamilton and have an interactive discussion. We are trying to see how we could connect up with other communities where we could have province-wide discussions with a nurse. There again, health care professionals are still very scarce and difficult to recruit, and are not necessarily where the patients are. So we are developing models and teaching materials. Our workshops are growing in popularity.

[English]

Senator Chaput: I would like to thank the other witnesses. I just thought it would be nice for me to be able to speak French.

Senator Mercer: Thank you to all the presenters.

I want to talk about the VIP program a little more. My father was a veteran and accessed the Veterans Independence Program, and now my mother continues to benefit from it now that my father is gone.

I like the idea of transferring the program over to the general public, because it is such a good program. However, every time we talk about creating something new or moving something and broadening it, I see a building going up in Ottawa and filling up with bureaucrats who will administer the program. We will put \$20 million or \$50 million dollars in the program, and \$18 million of it will go to pay the people in the building as opposed to being given to the people.

Do you have a hint for us as to how we can transfer this program? It is an extremely good program and very simple, from the point of view of the users. You fill out a form and send it in, and they send you back a cheque to cover your expenses, whether for home care or maintenance of your lawn or whatever it might be.

Is there a way that we can simplify this transfer? As I say, every time government gets involved, it gets so complicated that we lose the benefit of the program.

Mr. Rapelje: We probably have a couple of empty buildings in Welland that we could provide for the program. Seriously, I appreciate your concern. It seems to me that we have reached a point in government that when we talk about people below the poverty line we have to ask how much more we can expect people to pay.

I would hope if it was implemented effectively, it would be cost-effective, and that would sell it for me. There were veterans who thought they needed to be in a long-term care facility at \$140 or something a day, and they found that the VIP program met their needs and allowed them to stay independent, and I think that starts to rationalize the cost. It seems to me, from my

Le Centre de santé chez nous s'est lancé dans la gestion des maladies chroniques. Je pense qu'on est en train de créer des outils incroyables. On a commencé à se servir de la vidéoconférence, où on est capable de donner un atelier à Welland avec un auditoire à Hamilton et d'avoir une discussion interactive. On essaie de voir comment on pourrait se brancher avec d'autres communautés où on pourrait avoir des entretiens à travers la province avec une infirmière. Encore là, les professionnels de la santé sont quand même très rares et difficiles à recruter, et ne sont pas nécessairement là où sont les patients. On est donc en train de développer des modèles et du matériel didactique. Nos ateliers sont de plus en plus populaires.

[Traduction]

Le sénateur Chaput : J'aimerais remercier les autres témoins. Je pensais qu'il serait bien que je parle français.

Le sénateur Mercer : Je remercie tous les intervenants.

Je veux parler un peu plus du PAAC. Mon père était un ancien combattant et il a participé au Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Aujourd'hui, mon père est décédé, mais ma mère continue de bénéficier du programme.

J'aime l'idée de rendre le programme accessible à toute la population parce qu'il s'agit vraiment d'un très bon programme. Toutefois, chaque fois que nous parlons de la possibilité de créer quelque chose de nouveau ou d'élargir un programme déjà existant, je vois la construction d'un immeuble à Ottawa, qui se remplit rapidement de bureaucrates, chargés de l'administration du programme. Nous investirons 20 ou 50 millions de dollars dans le programme, et 18 millions de dollars serviront à payer les gens qui travaillent dans cet immeuble, plutôt qu'à aider les gens.

Pouvez-vous nous aider à déterminer comment nous pourrions rendre ce programme accessible à tout le monde? Il s'agit d'un excellent programme, qui est très simple pour les utilisateurs. Vous n'avez qu'à remplir un formulaire et à l'envoyer, et on vous envoie un chèque pour vous défrayer de vos dépenses, qu'il s'agisse de soins à domicile, de l'entretien de votre pelouse ou de quoi que ce soit.

Y a-t-il une manière de simplifier l'élargissement de ce programme? Comme je l'ai mentionné, chaque fois que le gouvernement se met de la partie, ça devient si compliqué que le programme perd tous ses avantages.

M. Rapelje : Il y a probablement quelques immeubles vacants à Welland que nous pourrions fournir pour le programme. J'apprécie vraiment votre préoccupation. Il me semble que, dans le contexte gouvernemental d'aujourd'hui, quand nous parlons des gens qui se situent au-dessous du seuil de la pauvreté, nous devons nous demander combien nous pouvons demander aux gens de payer.

J'espère que la mise en œuvre d'un programme élargi serait efficace et efficiente, et cela suffirait pour me convaincre. Il y avait des anciens combattants qui pensaient devoir être dans un établissement de soins de longue durée, à environ 140 \$ par jour, et ils ont constaté que le PAAC répondait à leurs besoins et leur permettait de demeurer autonomes. Je pense que cela en fait

experience of Veterans Affairs, that the process, the standards and the procedures are in place. The work, from that point of view, is done.

I appreciate your concern, because there is no question it would add cost. You would have to analyze it from the point of view that hopefully if we offered the VIP program to all Canadians, the cost of that would be more than offset by the benefits.

Senator Mercer: That is an excellent point.

Mr. Castonguay, you and several others have talked about transit. We have heard about social agencies having transit, about charities having transit and about the Cancer Society. Obviously, there is also public transit.

What I see developing here is a concept where we integrate all this. Mr. Rapelje told us that he operated a number of buses next to the school, and he could not let them use his buses because of insurance issues. Should we be looking not only at public transit but also at social transit, so that we could integrate them, and buses that are just sitting there vacant at one agency could be used by another agency for good things that need to be done in the community? That would help everyone.

[Translation]

Mr. Castonguay: One of the problems when we start to look at this kind of solution and we are talking about mass transit or urban transit is not necessarily that it is the resources that are barriers or impediments, it is the rules in place that make it difficult to coordinate the systems. My own opinion is that when the rules are breaking the people, it's time we started breaking the rules. At some point, those rules have to be adjusted. There are rules that are truly ridiculous and that prevent us from sharing. I think we all agree on one thing: there is only one taxpayer.

What happens is that we pay for all these institutions. But rules or systems are made at different levels that mean that we are unable to coordinate them and adapt them so they are better able to meet the needs of our populations.

Essentially, what we need is not always new resources, it is to change the rules. It is what I call a paradigm shift; instead of working in vertical tiers, we have to work horizontally and we have to fit all the pieces together.

[English]

Senator Mercer: Mr. Castonguay, you also talked about the issue of diabetes educators. This is a problem in Ontario. I used to volunteer for the Canadian Diabetes Association, so I understand.

beaucoup pour justifier les coûts. Selon mon expérience au ministère des Anciens Combattants, il me semble que le processus, les normes et les procédures sont en place. Le travail, sur ce plan, a déjà été fait.

J'apprécie votre préoccupation parce qu'il n'y a pas de doute que l'élargissement du programme serait coûteux. Il faudrait toutefois l'analyser de manière à déterminer si les avantages d'un programme semblable au PAAC pour tous les Canadiens compenseraient les coûts.

Le sénateur Mercer : C'est une remarque très pertinente.

Monsieur Castonguay, vous êtes plusieurs à avoir parlé du transport en commun. Nous avons entendu dire que des organismes sociaux, des organismes caritatifs et la Société canadienne du cancer offrent des services de transport. Évidemment, il y a également le transport en commun.

Je vois donc apparaître un concept qui intègre tous ces services. M. Rapelje nous a dit que l'organisme où il travaillait avait un certain nombre d'autobus, et qu'il se situait à côté d'une école. Il ne pouvait pas prêter ses autobus aux responsables de l'école en raison de problèmes liés à l'assurance. Nous devrions nous pencher non seulement sur le transport en commun, mais également sur le transport social. Nous pourrions ainsi intégrer les services de transport, et les autobus qui demeurent inutilisés par un organisme particulier pourraient être utilisés par un autre organisme à des fins positives pour la collectivité? Cela aiderait tout le monde.

[Français]

M. Castonguay : Un des problèmes, lorsqu'on commence à regarder une telle solution et qu'on parle de transport en commun ou de transport urbain, ce n'est pas nécessairement les ressources qui représentent des embûches ou des empêchements, ce sont les règles qui sont en place qui rendent difficile la coordination des systèmes. Je suis d'avis que quand les règles cassent les gens, il est temps qu'on commence à casser les règles. À un moment donné, il faut les adapter, ces règles. Il y a des règles qui sont vraiment ridicules et qui nous empêchent de partager. Je pense qu'on est tous d'accord pour dire une chose : il y a seulement un payeur de taxe.

Ce qui arrive, c'est qu'on paie toutes ces institutions. Cependant, à différents niveaux on crée des règles ou des systèmes qui font qu'on n'est plus capable de les coordonner et de les adapter pour mieux répondre aux besoins de nos populations.

Dans le fond, ce n'est pas toujours de nouvelles ressources dont on a besoin, c'est d'un changement des règles. C'est ce que j'appelle le changement du paradigme; au lieu de travailler en silo, on doit travailler de façon horizontale et on doit agencer les pièces ensemble.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Monsieur Castonguay, vous avez également parlé du problème de la sensibilisation au diabète. C'est un problème en Ontario. J'ai été bénévole pour l'Association canadienne du diabète, alors je comprends.

This morning, we heard an interesting idea from Mr. Peirce, who was here from the Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre. He talked about telemedicine. I think this helps us, because if we do not have francophones in the community who have the training or there are not enough francophone nurses or diabetes educators, if they are not here, bring them here by telephone.

[Translation]

Mr. Castonguay: That is what I was just telling Senator Chaput. Our Community Health Centre was the first in Ontario to implement a videoconferencing system to connect to service points. Programs for managing chronic illnesses, like diabetes and hypertension, and nutrition, are given by videoconference with a nurse, a nutritionist in the studio, and an audience in Welland.

I am currently in touch with my colleagues across the province to see how we can bring Cornwall, Sudbury and Kapuskasing together. As I said, there is a shortage of nurse practitioners. Francophone doctors are not lining up to come and practise in Ontario. We hope that the medical school in Sudbury will help us, but the first graduates have not come out yet. So we have to find innovative methods.

[English]

Mr. Rapelje: I would like to make one comment on transportation. When I started, I said that one of the issues when I was before the Croll Senate committee was transportation, and it still is today. We have talked about it forever but never seem to be able to find a solution.

I wonder when I see the buses going through this town with one, two or three people on them. Are there are hundreds of people who would use the bus, seniors or others, if they could afford it? I do not know whether we can answer that question or whether we should at least try to find out whether there is a connection between cost and the number of users. There have to be more people who could benefit from the bus system. We are always saying we do not have a transit system. We have one, but not for all needs.

Is there a reason that we have not figured out yet why more people do not use public transit?

The Chair: I think we may be solving that problem with the high cost of driving automobiles.

I want to thank all of you very much for your presentations this afternoon.

I will end on this note. We were talking about the Canadian Institutes of Health Research and the issue of trying to get the research into the hands of individual Canadians, because of course it is often written in a language.

Ce matin, nous avons entendu une idée intéressante de M. Peirce, qui a comparu en tant que représentant du Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant. Il a parlé de la télémedecine. Je pense qu'il s'agit d'un service utile parce que s'il n'y a pas de francophones dans la collectivité qui ont la formation nécessaire ou s'il n'y a pas suffisamment d'infirmières ou d'éducateurs spécialisés en diabète francophones, on peut leur parler par téléphone.

[Français]

M. Castonguay : C'est ce que je disais tantôt au sénateur Chaput. Notre Centre de santé communautaire a été le premier en Ontario à mettre en place un système de vidéoconférence pour rejoindre deux points de service. Les programmes de gestion de maladies chroniques, comme le diabète, l'hypertension, la nutrition se font par vidéoconférence avec une infirmière, une nutritionniste en studio et un auditoire à Welland.

Je communique présentement avec mes collègues à travers la province pour voir comment on peut regrouper Cornwall, Sudbury, Kapuskasing. Comme je l'ai mentionné, il y a une pénurie d'infirmières praticiennes. Les médecins francophones ne sont pas en ligne pour venir pratiquer en Ontario. On espère que l'école de médecine de Sudbury nous aidera, mais les premiers diplômés ne sont pas sortis. Il faut donc trouver des moyens novateurs.

[Traduction]

M. Rapelje : J'aimerais faire un commentaire sur le transport. Au début de mon exposé, j'ai dit que l'un des problèmes que j'ai abordés quand je siégeais au comité sénatorial du sénateur Croll était le transport, et c'est un problème qui me touche encore aujourd'hui. Nous parlons de ce problème depuis toujours, mais il semble que nous ne trouvions jamais de solution.

Quand je vois les autobus qui passent dans cette ville avec une, deux ou trois personnes à bord, je me demande s'il y en a des centaines d'autres, des personnes âgées ou autres, qui prendraient l'autobus si elles pouvaient se le permettre? Je ne sais pas si nous pouvons répondre à cette question ou si nous devrions au moins tenter de déterminer s'il y a un lien entre le coût et le nombre d'utilisateurs. Il faut qu'il y ait plus de gens qui puissent bénéficier du réseau d'autobus. Nous répétons toujours que nous n'avons pas de réseau de transport en commun. Nous en avons un, mais il ne répond pas à tous les besoins.

Y a-t-il une raison pour laquelle nous n'avons pas encore compris pourquoi il n'y a pas davantage de gens qui utilisent le transport en commun?

La présidente : Je pense que nous sommes en train de résoudre le problème avec les coûts élevés liés à la conduite d'automobiles.

Je voudrais tous vous remercier de vos exposés cet après-midi.

Je terminerai avec le commentaire suivant. Nous avons parlé des Instituts de recherche en santé du Canada et du problème de l'accessibilité de la recherche pour les Canadiens, qui est lié à l'usage d'une langue technique.

I should tell you about my meeting with all of the scientific directors of the Canadian Institutes for Health Research, when I was trying to promote their engagement in the issue of palliative care. The scientific director for cardiology said, "It is very nice to have you here, senator, but I do not know why I am here. You are talking about the care of the dying. We have the Institute of Aging, which should be engaged in that issue." I turned to him and said, "Doctor, does nobody die in your area?" He said, "Of course they die," and I said, "That is why you are here."

That is why you are all here today, because you all have a great deal of knowledge and expertise that we are trying to acquire so that we can produce a report. I hope you find your ideas reflected in our final report, which we will table on September 30.

Mr. Rose: I am glad you asked me to speak before Doug Rapelje. He is a hard guy to follow.

The Chair: He is indeed. He has a lot of expertise. Thank you.

Mr. Rapelje: May I have the last word? I have watched your efforts on behalf of seniors for a long time, and I think Canada is very fortunate to have someone like you who is a real advocate for seniors. I want to say thank you to all the committee, but your voice particularly is a strong one at that level.

The Chair: Thank you very much.

We will move now into the last phase of our presentations this afternoon. We would like to hear from individuals who are sitting in the audience and who have been sitting there for a long time, some of them. We will ask them to come to the table. They will get only five minutes, and I am very tough on this. I will cut you off at five minutes. There will be no question and answer presentation from senators in this particular session. This will give presenters the opportunity to tell us what they think might make a contribution to our report.

I will begin with Mr. Gary Atamanyk, who says he is in private business in Ontario, although he is a former teacher and now a trustee. We would ask Mr. Roland Méthot of le Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne to join us at the table, and also Marlene Slepko, who is with the VON. I have to say I may have a slight bias here, because I am on the advisory council to the Victorian Order of Nurses, so obviously I will be impressed with anything she has to say.

Gary Atamanyk, as an individual: Thank you very much, honourable senators, for allowing me to address you here today. I am honoured.

About 10 years ago, the United Nations declared the International Year of Older Persons. It was celebrated throughout the world. They advanced a number of principles concerning seniors that they wanted promoted throughout the world.

Je devrais vous parler de ma rencontre avec tous les directeurs scientifiques des Instituts de recherche en santé du Canada pour tenter d'obtenir leur engagement face aux soins palliatifs. Le directeur scientifique responsable de la cardiologie a affirmé : « Je suis très heureux de vous voir, sénateur, mais je ne sais pas pourquoi je suis ici. Vous parlez des soins pour les personnes mourantes. Nous avons l'Institut du vieillissement, qui devrait se préoccuper de cette question. » Je me suis tournée vers lui et j'ai répondu : « Docteur, personne ne meurt dans votre domaine? » Il a dit : « Bien sûr que oui », et moi de lui répondre : « C'est pour cette raison que vous êtes ici. »

C'est pourquoi vous êtes tous ici aujourd'hui, parce que vous avez une expertise et des connaissances considérables, dont nous voulons bénéficier pour produire un rapport. J'espère que vous trouverez que vos idées sont reflétées dans notre rapport final, qui sera déposé le 30 septembre.

M. Rose : Je suis heureux que vous m'ayez demandé de parler avant Doug Rapelje. Je n'aurais pas voulu passer après un gars comme lui.

La présidente : Je vous comprends. Il a une expertise impressionnante. Merci.

M. Rapelje : Puis-je dire un dernier mot? J'ai été témoin des efforts que vous déployez pour les personnes âgées depuis longtemps et je pense que le Canada a de la chance d'avoir quelqu'un comme vous qui défend les intérêts des aînés. Je voudrais remercier tout le comité, mais votre voix, en particulier, se fait bien entendre à cet égard.

La présidente : Merci beaucoup.

Nous passerons maintenant aux derniers exposés de l'après-midi. Nous aimerions entendre les membres de l'assistance, dont certains attendent depuis longtemps. Nous leur demanderions de s'approcher de la table. Vous n'aurez que cinq minutes. Je serai très sévère là-dessus. Je vous couperai après cinq minutes. Il n'y aura pas de questions ni de réponses des sénateurs au cours de cette session particulière. Les intervenants auront l'occasion de nous faire des suggestions pour notre rapport.

Je commencerai avec M. Gary Atamanyk, qui affirme avoir une entreprise privée en Ontario, être un ancien enseignant et faire maintenant partie d'un conseil d'administration. Nous demanderions à M. Roland Méthot du Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne et à Marlene Slepko, des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, de se joindre à nous. Je dois dire qu'il se peut que je fasse preuve d'une certaine partialité puisque je siège au conseil d'administration du VON. Je serai donc évidemment impressionnée par ce qu'elle a à dire.

Gary Atamanyk, à titre personnel : Mesdames et messieurs, je vous remercie de me permettre de m'adresser à vous aujourd'hui. J'en suis honoré.

Il y a environ dix ans, les Nations Unies ont déclaré que 1999 serait l'Année internationale des personnes âgées. Cette année a été célébrée partout dans le monde. L'ONU a affirmé un certain nombre de principes concernant les personnes âgées qu'elle voulait voir appliqués partout.

One principle was to promote seniors' ability to have independence by providing the support required to have fulfilling individual lives, like living at home. Another principle was participation, by providing opportunities for decision making and communication within the family, community and society as a whole. The next principle was care, providing accessibility to health care, social, legal and other services that enhance personal security and a safe, humane and caring environment. Next is self-fulfillment, providing access to educational, cultural, spiritual and recreational resources. The final principle was dignity, providing respect for a client's dignity, beliefs, privacy and security.

I took that to heart when I retired from teaching back in 1998, and I made it the mission statement of a private company that I started.

This company has not been able to operate for eight years now, when I tried to begin it. We have run into roadblocks that private business can run into. Briefly, this is a companion service that has a network of independent contractors and can serve all 12 municipalities in Niagara Region 24 hours a day, 7 days a week, 365 days a year. The service is very low cost. The transportation is provided absolutely free, time and distance. It is available by appointment from one's home. The clients are transported to where they need the companion service. They pay for the time during which they require the companion service, and then they are given absolutely free transportation home again.

This business addresses the cultural problems, transportation problems and accessibility problems that have all been brought up here today, and many others. In fact, a person would no longer be isolated if this service were allowed to operate.

I have provided a package with some of the details and circumstances that can make it clear what can happen. Private businesses use no charity money and cost no taxpayer dollars. In fact, part of the business pays taxes.

Unfortunately, the business is being hindered in Ontario from providing the services that seniors, partially disabled, low-income earners and other vulnerable groups require. Therefore, I make the following recommendations, which I feel will solve the problem:

First, reinstate the federal program of financial support for worthy legal challenges by small businesses when they seek justice for seniors. Small private businesses cannot afford the cost of legal challenges required to defend seniors' human rights. This federal program for legal financial support has been terminated, but it did exist.

Second, allow the RCMP in Ontario to investigate instances of possible irregularities in municipalities that might adversely affect seniors. The RCMP can do this in other provinces, I have been

L'un de ces principes était de permettre aux personnes âgées d'être autonomes en leur fournissant le soutien nécessaire pour qu'elles puissent vivre leur vie de façon satisfaisante en demeurant chez elles, par exemple. Un autre des principes énoncés était la participation, qui prévoyait des occasions de faire participer les aînés à la prise de décisions et à la communication au sein de leur famille, de la communauté et de la société dans son ensemble. Selon le prochain principe, qui concerne les soins, on devrait s'assurer que les personnes âgées ont accès à des soins de santé, à des services sociaux et juridiques, et à d'autres services qui assurent leur protection et leur fournissent un milieu sûr et humain. Le principe suivant est l'épanouissement personnel qui nous appelle à leur garantir un accès à des ressources sur les plans éducatif, culturel, spirituel et récréatif. Pour respecter le dernier principe, celui de la dignité, on doit respecter la dignité, les croyances, la vie privée et la sécurité des personnes âgées.

Ces principes me tenaient à cœur, et, quand j'ai pris ma retraite de l'enseignement en 1998, j'ai fait d'eux l'énoncé de mission d'une entreprise privée que j'ai lancée.

Depuis huit ans, depuis que j'ai essayé de lancer cette entreprise, je ne peux pas l'exploiter. Nous avons rencontré des obstacles qui sont le lot des entreprises privées. En bref, il s'agit d'un service qui comprend un réseau d'entrepreneuriat indépendant et qui est offert dans les 12 municipalités de la région du Niagara, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, 365 jours par année. Le service est très abordable. Le transport est fourni sans frais, sans égard au temps et à la distance. Il est accessible sur rendez-vous, et on passera vous prendre chez vous. Les clients sont amenés là où ils ont besoin du service d'accompagnement. Ils paient pour la durée du service d'accompagnement, puis, on les ramène chez eux absolument gratuitement.

Cette entreprise règle, en partie, tous les problèmes culturels, de transport et d'accessibilité qui ont été abordés aujourd'hui, et de nombreux autres. En fait, une personne qui bénéficierait de ce service ne se sentirait plus isolée si on nous permettait de l'offrir.

J'ai fourni une trousse avec certains des détails et des renseignements qui expliquent le service. Les entreprises privées n'exigent pas de dons ni d'argent de la part des contribuables. Dans les faits, les entreprises privées paient des taxes et impôts.

Malheureusement, en Ontario, l'entreprise ne peut pas fournir les services dont les personnes âgées, les personnes partiellement handicapées, les salariés à faible revenu et d'autres groupes vulnérables ont besoin. Par conséquent, je fais les recommandations suivantes, qui, selon moi, permettraient de régler le problème.

Premièrement, on devrait réinstaurer le programme fédéral de soutien financier pour les petites entreprises qui veulent recourir à la justice pour défendre les intérêts des personnes âgées. Les petites entreprises privées ne peuvent pas engager les coûts de telles procédures, qui leur permettraient de défendre les droits des aînés. Ce programme fédéral de soutien financier pour les procédures judiciaires a été annulé, mais il a déjà existé.

Deuxièmement, on devrait permettre à la GRC en Ontario d'enquêter sur les cas possibles d'irrégularités dans les municipalités qui peuvent avoir des répercussions négatives sur

told by top RCMP officials in Ontario. It is not included in their mandate in Ontario, however; for some reason or other they are limited.

I thank you very much for your time. I am always available. You will get my literature, and I look forward to hearing from you.

[Translation]

Roland Méthot, Chair, Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne: Madam Chair, my name is Roland Méthot, and I am the chair of the board of directors of the Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne.

I would say at this point that the Centre polyvalent des aînés francophones is managed and operated by volunteers, as it has been since it opened in 1990. So I would like to give you a very brief description of the Centre des aînés de Port Colborne.

The centre was created in 1975 to meet what had become a very pressing need for francophone seniors in Port Colborne and the surrounding area, who wanted to have a centre for recreational, educational and social activities. In 1988, the members had been meeting up to then in a classroom at the école St-Joseph, and they purchased a building at 184 Mitchell Street in Port Colborne. In 1990, the centre was incorporated as a non-profit organization, and in 2004, it was given charitable status.

The centre's mission is to provide a better quality of life for francophone seniors, in terms of physical, psychological and social health, and education. In the beginning, the Centre had about 10 people. Today, it has more than 200 members, about 30 of whom are 80 years of age or older.

The Centre operates five days and four evenings a week, and offers programs to promote the physical, psychological, and social health and meet the educational needs of francophone seniors as they age, which include exercise, bridge, crafts, line dancing, two intergenerational programs, one for students from école St-Joseph to cook and another that teaches crafts to the same group of students from école St-Joseph, broom games, billiards, monthly dinners, health workshops and a monthly newsletter, to name just a few examples.

Our centre spares no effort to bring its members any new information and anything else that might contribute to their well-being and vitality.

We still have major challenges. Although the Centre des aînés francophones de Port Colborne is unique in the region, unlike the other centres it unfortunately does not have receive financial support from the municipality or the ministries that could enable it to cover its basic operating expenses.

les personnes âgées. Des représentants officiels de la GRC en Ontario m'ont dit que cela est possible dans d'autres provinces. Toutefois, en Ontario, ces mesures ne font pas partie de son mandat; pour une raison quelconque, son pouvoir est limité à cet égard.

Je vous remercie de votre temps. Je suis toujours disponible. Vous recevrez mes documents, et j'ai hâte d'avoir de vos nouvelles.

[Français]

Roland Méthot, Président, Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne : Madame la présidente, je m'appelle Roland Méthot, et je suis le président du conseil d'administration du Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne.

J'ose dire à ce point que le Centre polyvalent des aînés francophones est géré et opéré par des bénévoles, et ce, depuis son inscription en 1990. À ce titre, je souhaite vous présenter très brièvement le Centre des aînés de Port Colborne.

Le centre est né en 1975 pour répondre à un besoin devenu très pressant pour les aînés francophones de Port Colborne et environs, qui désiraient se doter d'un centre d'activités récréatif, éducatif et social. En 1988, les membres se réunissaient jusque-là dans une classe à l'école St-Joseph, et ont fait l'acquisition d'un immeuble situé au 184, rue Mitchell à Port Colborne. En 1990, le centre a été incorporé comme organisme à but non lucratif et en 2004, il a obtenu son statut d'organisme de bienfaisance.

La mission du centre est d'assurer une meilleure qualité de vie aux personnes âgées francophones sur les plans physiques, psychologiques, santé sociale, éducatif. Au début, le centre comptait une dizaine de personnes. Aujourd'hui, le centre regroupe plus de 200 membres, dont une trentaine sont âgés de 80 ans et plus.

Le centre fonctionne cinq jours et quatre soirs par semaine, et offre des programmes qui visent le bien-être physique, psychologique, social et éducatif pour le vieillissement en santé des aînés francophones, dont notamment des exercices de santé, le bridge, l'artisanat, la danse en ligne, deux programmes intergénérationnels, un qui enseigne la cuisson, la cuisine aux élèves de l'école St-Joseph, et l'autre qui enseigne l'artisanat au même groupe d'élèves de l'école St-Joseph, des jeux de balai, le billard, deux soupers mensuels, des ateliers sur la santé, un bulletin mensuel, pour ne citer que quelques exemples.

Notre centre ne ménage aucun effort pour apporter à ses membres toute information et tout élément nouveau pouvant contribuer à leur bien-être et à leur épanouissement.

Nos défis restent très importants. En effet, bien qu'unique dans la région, le Centre des aînés francophones de Port Colborne, contrairement aux autres centres, ne jouit malheureusement pas de l'appui financier de la municipalité ni des ministères qui pourraient lui assurer la couverture de ses frais opérationnels de base.

Madam Chair, I sincerely hope that today's meeting will be followed by concrete action that will produce positive results in terms of funding for centres like ours.

To conclude, the polyvalent day centre is, I would repeat, managed and administered by volunteers, and the programs are open to the entire community, not just to members.

[English]

[English]

Marlene Slepko, Interim Branch Manager, VON Canada: Good afternoon. Thank you for this opportunity to speak before the Special Senate Committee on Aging. Today I am representing VON, the Victorian Order of Nurses. I have been employed all of my nursing life, 34 years.

We are a national, not-for-profit, charitable organization offering a wide range of community health solutions that meet the needs of Canadians from coast to coast. Although we are a national organization, the great strength of VON is that it also addresses the unique local needs in provinces across Canada. VON is able to provide a variety of programs, both paid and charitable, including Meals on Wheels and adult day programs. These and other community programs are invaluable for the most vulnerable in society and allow them to access the support they need to remain independent in their communities.

In December of last year, VON Canada forwarded a formal submission to the Committee that provided a global perspective on a number of topics affecting seniors, such as home and community care, chronic disease prevention and management and family and friend caregivers. It also included technology in the home.

However, today I would like to provide the local perspective and highlight a few programs in Niagara that contribute to the health and well-being of seniors. In Niagara, we have one of the highest populations of seniors in Canada, and VON Niagara offers a number of programs to respond to their needs, including home support, offering respite to caregivers and personal support to clients, such as helping with housekeeping. We offer foot care services; we have over 30 clinics a month in Niagara, plus we do in-home foot care visits. The VON Living with Parkinson's Program offers educational sessions, caregiver support and exercise programs to those suffering from Parkinson's in order to maintain mobility. The nurse practitioner clinic in Ridgway provides much needed primary health care to those underserved or orphaned patients, many of whom are seniors. Lastly, the

J'ose, madame la présidente, ardemment espérer que la rencontre d'aujourd'hui sera suivie d'actions concrètes qui donneront lieu à des résultats positifs du point de vue du financement pour des centres comme le nôtre.

Pour conclure, le centre polyvalent de jour est, je le répète, géré et administré par des bénévoles, et les programmes sont ouverts à toute la communauté, pas seulement aux membres.

Cela dit, madame la présidente, je vous remercie de m'avoir permis de prendre la parole. S'il y a des questions, je suis prêt à y répondre.

[Traduction]

Marlene Slepko, directrice de succursale par intérim, VON Canada : Bon après-midi. Je vous remercie de cette occasion de comparaître devant le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Aujourd'hui, je représente le VON, c'est-à-dire les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada. Pendant toute ma vie d'infirmière, c'est-à-dire 34 ans, j'ai travaillé.

Nous sommes un organisme de bienfaisance national sans but lucratif qui offre un large éventail de solutions en matière de soins de santé communautaires qui répondent aux besoins des Canadiens d'un océan à l'autre. Même si nous sommes une organisation nationale, la grande force du VON est que l'organisme répond également aux besoins locaux uniques dans toutes les provinces du Canada. Le VON est en mesure de fournir divers programmes, qu'il s'agisse de programmes payants ou de bienfaisance, dont des repas livrés à domicile — la popote roulante — et des programmes d'activités pour adultes. Ces programmes communautaires et bien d'autres sont d'une grande valeur pour les membres les plus vulnérables de la société et leur permettent d'avoir accès au soutien dont ils ont besoin pour demeurer autonomes dans leurs collectivités.

En décembre de l'année dernière, VON Canada a envoyé des observations officielles au comité, qui fournissaient une perspective globale sur un certain nombre d'enjeux qui touchent les personnes âgées, comme les soins à domicile et les soins communautaires, la prévention et la gestion des maladies chroniques et les soignants qui sont des membres de la famille ou des amis. Ces enjeux comprenaient également la technologie dans le domicile.

Cependant, aujourd'hui, j'aimerais fournir la perspective locale et souligner quelques programmes que nous avons à Niagara et qui contribuent à la santé et au bien-être des personnes âgées. À Niagara, nous avons l'une des populations de personnes âgées les plus importantes au pays, et VON Niagara offre un certain nombre de programmes pour répondre à leurs besoins, y compris des services à domicile, un répit pour les soignants et un soutien personnel aux clients, ce qui comprend une aide ménagère. Nous offrons des services de soins des pieds, nous tenons plus de 30 cliniques par mois à Niagara, et nous faisons également des consultations à domicile pour les soins des pieds. Le programme Living with Parkinson's de VON offre des séances d'information, un soutien aux soignants et des programmes d'exercices pour les personnes qui souffrent de la maladie de Parkinson de façon à les

cardiovascular health awareness action plan in Thorold aims to help seniors with modified risk factors for cardiac disease and stroke to take steps to improve their health.

These programs are supported through several provincial community funders, and we are very appreciative of their support. However, the reality is that the needs far outweigh the supply. We are constantly challenged to ensure seniors are able to access services in a timely manner because of the lack of financial and health human resources. This needs to change.

Seniors require ready access to programs and services that support aging in the home, with the focus on wellness rather than on illness. However, our current approach to health is reactive rather than proactive. With the majority of resources allocated to institutions, such as hospitals, this acute care focus approach does little to help seniors stay healthy and well in their homes. Resources must be reallocated to fix this imbalance.

The federal government needs to demonstrate leadership on this file and work with provinces and territories to help provide comprehensive support to seniors across Canada. We know it can be done. For example, the Veterans Independence Program provided by the federal government is a prime example of a comprehensive approach to healthy living. All seniors deserve similar treatment and would benefit from such an approach. I was glad to hear that from the previous speaker.

Services like the ones I mentioned previously are important support for seniors and their families. With adequate resources, we could help all Canadians age successfully in their homes and communities. This is a need our staff and volunteers witness every day. Thank you very much for this opportunity to speak on behalf of VON Niagara.

The Chair: We have one other person who has joined our table, Mr. Ron Walker, a retired steelworker.

Ron Walker, as an individual: I am a retired steelworker, but I have actually worked in the auto parts industry. At one point, the steelworkers and metalworkers merged into the same unit.

I appreciate being able to address the Senate committee here today. I just became aware, through the media, that you were coming.

aider à conserver leur mobilité. La clinique d'infirmières praticiennes à Ridgway fournit les soins de santé primaire dont ont si grandement besoin les patients qui ne reçoivent pas suffisamment de services ou qui n'ont pas de médecins, et qui sont, en grande partie, des personnes âgées. Enfin, le plan d'action et de sensibilisation à la santé cardiovasculaire à Thorold vise à aider les personnes âgées qui ont des facteurs de risque modifiés de maladies cardiaques et d'AVC à prendre des mesures pour améliorer leur santé.

Ces programmes sont appuyés par plusieurs associations communautaires provinciales, et nous apprécions grandement leur soutien. Toutefois, la réalité est que les besoins dépassent de beaucoup l'offre. Nous avons toujours de la difficulté à garantir que les personnes âgées peuvent accéder à des services en temps opportun en raison du manque de ressources financières et humaines dans le domaine de la santé. Cette situation doit changer.

Les aînés doivent avoir facilement accès aux programmes et aux services qui les appuient à domicile et qui mettent l'accent sur le bien-être, plutôt que sur la maladie. Or, notre approche actuelle à la santé est réactive, plutôt que proactive. Comme la majorité des ressources sont affectées aux établissements, comme les hôpitaux, cette approche qui met l'accent sur les soins actifs n'aide pas les personnes âgées à rester en santé et à être bien dans leur domicile. Des ressources doivent être réaffectées pour régler ce déséquilibre.

Le gouvernement fédéral doit faire preuve de leadership dans ce dossier et travailler en collaboration avec les provinces et les territoires pour offrir un plein soutien aux personnes âgées de toutes les régions du Canada. Nous savons que c'est possible. Par exemple, le Programme pour l'autonomie des anciens combattants fourni par le gouvernement fédéral est un exemple concret d'une approche globale à un mode de vie sain. Toutes les personnes âgées méritent un traitement semblable et bénéficieraient d'une telle approche. J'ai été heureuse d'entendre un des intervenants le dire.

Les services comme ceux que j'ai mentionnés constituent un soutien important pour les personnes âgées et leur famille. Avec des ressources adéquates, nous pourrions aider tous les Canadiens à bien vieillir dans leur domicile et dans leur collectivité. C'est un besoin dont témoignent quotidiennement notre personnel et nos bénévoles. Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de parler au nom de VON Niagara.

La présidente : Il y a une autre personne qui s'est jointe à nous, M. Ron Walker, qui est un métallurgiste à la retraite.

Ron Walker, à titre personnel : Je suis un métallurgiste à la retraite, mais, dans les faits, j'ai travaillé dans l'industrie des pièces d'automobile. À une certaine époque, on ne faisait plus la différence entre les gens qui travaillaient le fer et ceux qui travaillaient le métal.

Je suis heureux d'avoir l'occasion de m'adresser au comité sénatorial aujourd'hui. Je viens d'apprendre par les médias que vous seriez ici.

I would appreciate it if more of our municipal politicians were here today as well, but they have a Smart Niagara activity going on simultaneously, which I did not go to because it costs \$100 a day. I took the easy, direct route.

Earlier on, one of the presenters made a reference to elected officials. My understanding is that you are not elected officials. Unfortunately, the power rides with elected officials, who are the ones who can decide what to do or not to do with your recommendations. However, I appreciate that you are doing serious work on this.

I do not really think the Prime Minister was serious when he threatened to abolish the Senate. I think it was just a threat at the time because he was not getting his way.

Some of the questions that came up during the presentations show me that there is still some concern about recognizing what wealth is and then what distribution of wealth is, and what are cost and, lastly, adequate resources. I, too, believe there is no shortage of resources in Canada, but a lot of confusion is created as to what is wealth and how that wealth should be distributed.

The unions have been speaking for a long time in Ontario about the manufacturing crisis, because it is our belief that what is not created cannot be distributed. Therefore whatever policies we work out for dealing with the aging population in Canada, they cannot be developed apart from the overall development of the economy in Canada and the social economy in Canada.

That is really all I wanted to point out to the committee, that there are many questions that have to be addressed in Canada, and one of them is ensuring the continued production of wealth in this country and not letting the financial resources, which are very powerful and very flexible globally and so on, dictate everything, because they are not the producers of wealth; they are just involved in distribution. Distribution is not necessarily favourable to the actual citizens and population of Canada.

At the Smart Growth event, they are talking about things like the energy crisis and global warming and the cost of getting food to the people, and yet they are letting a cannery close. It may work out alright in the short term — you may get your can of peaches cheaper — but 10 or 15 years from now, when it is prohibitive to bring in pears and peaches from China, we will regret the short-sightedness of letting that kind of thing happen.

I really appreciate the presentations today. Many people had good ideas. I briefly read through the options at the back and I appreciate the suggestions people made as to where those options could be tweaked a little bit, but I am sure you are still working on the final report. Thank you for letting me speak.

J'aurais aimé qu'un plus grand nombre de nos politiciens municipaux soient ici aujourd'hui, mais il y a une activité de Smart Niagara qui se passe aujourd'hui et à laquelle je n'ai pas pu participer parce qu'elle coûtait 100 \$ par jour. J'ai pris le chemin le plus facile et le plus direct.

Plus tôt, l'un des intervenants a fait allusion aux représentants élus. Selon ce que j'ai compris, vous n'êtes pas des représentants élus. Malheureusement, le pouvoir appartient à ces représentants élus, qui décideront s'ils donneront suite à vos recommandations. Cependant, je sais que vous faites du très bon travail à cet égard.

Je ne crois pas que le premier ministre était sérieux quand il a menacé d'abolir le Sénat. Je pense qu'il a proféré une telle menace parce que les choses n'allaient pas comme il le voulait.

Certaines des questions qui ont été soulevées pendant les exposés m'ont montré qu'on se préoccupe toujours de ce qu'est la richesse, de la distribution de cette richesse, des coûts, et enfin, des ressources adéquates. Moi non plus je ne crois pas qu'il y ait un manque de ressources au Canada, mais il y a beaucoup de confusion relative à ce qu'est la richesse et à la manière dont elle devrait être distribuée.

Les syndicats en Ontario parlent depuis longtemps de la crise manufacturière parce que nous croyons qu'on ne peut pas distribuer ce qu'on n'a pas créé. En conséquence, quelles que soient les politiques que nous élaborons pour régler le problème du vieillissement de la population au Canada, elles ne peuvent pas être élaborées sans égard à la croissance économique et à l'économie sociale globale du Canada.

C'est là la seule chose que je voulais dire au comité. Il y a plusieurs problèmes qui doivent être réglés au Canada, et l'un d'eux est de garantir la création continue de la richesse dans ce pays et de ne pas laisser les ressources financières, qui déterminent beaucoup de choses et qui sont très souples dans l'ensemble, décider de tout. Ces ressources ne créent pas la richesse; elles ne concernent que la répartition de cette dernière. La répartition n'est pas nécessairement favorable aux vrais citoyens et à la population du Canada.

À l'événement de Smart Growth, ils discutent de questions comme la crise énergétique, le réchauffement de la planète et les coûts nécessaires pour le transport de la nourriture. Pourtant, ils permettent la fermeture d'une conserverie. Il se peut qu'il n'y ait pas de répercussions négatives à court terme — vous pourrez peut-être acheter votre boîte de pêches pour moins cher — mais, dans dix ou 15 ans, quand on ne pourra plus importer des poires et des pêches de la Chine, nous regretterons notre manque de clairvoyance et le fait que nous ayons laissé ce genre de choses arriver.

J'ai beaucoup apprécié les exposés qui ont été présentés aujourd'hui. De nombreuses personnes avaient de bonnes idées. J'ai lu rapidement les options au verso et j'apprécie les suggestions pour l'amélioration de ces options, mais je suis certain que vous travaillez toujours au rapport final. Merci de m'avoir laissé parler.

The Chair: Thank you, Mr. Walker. Your contribution and those of all who presented to us this afternoon have extreme value.

Before we adjourn, I want to thank very much the Rose City Seniors Activity Centre and particularly John Rose, who made all of this possible. We had a wonderful day. We had a wonderful lunch. I want the recipe for the soup.

Mr. Walker: I am sorry. I missed just one point.

We are losing our defined pension plans, and that will have an extremely negative impact on women. Under the contracts that are negotiated, there are legal sureties for the widows and for the spouses if a marriage breaks down, but under non-defined pension plans, there is no security that women will actually be able to access any of those pension plans.

The Chair: You are absolutely right, and we have had that presented to us. Thank you.

The committee adjourned.

La présidente : Merci, monsieur Walker. Votre contribution et celle de toutes les personnes qui se sont adressées à nous cet après-midi ont été très importantes.

Avant de lever la séance, j'aimerais remercier le Centre d'activités pour les aînés de Rose City, et particulièrement John Rose, qui a rendu tout cela possible. Nous avons passé une magnifique journée. Le repas était magnifique. Je veux la recette de la soupe.

M. Walker : Je suis désolé. J'ai oublié quelque chose.

Nous sommes en train de perdre nos régimes à prestations déterminées, et cela aura des répercussions très négatives sur les femmes. En vertu des contrats qui sont négociés, il y a des garanties légales pour les veuves et pour les conjoints en cas de divorce, mais dans le cadre des régimes de pensions à prestations non déterminées, il n'y a aucune garantie que les femmes seront en mesure d'accéder à ces régimes de pensions.

La présidente : Vous avez tout à fait raison, et c'est une préoccupation dont on nous a déjà fait part. Merci.

La séance est levée.

Hamilton Council on Aging:

Denise O'Connor, Executive Director;
Carolyn Rosenthal, Chair, Board of Directors.

Community Support Services of Niagara:

Wendy Walker, Executive Director;
Patricia Tooley, Program Manager;
Pat Frank, Chair, the Board of Directors.

Friday, May 9, 2008 (afternoon session)

Older Women's Network:

Thelma McGillivray, Past Chair.

Canadian Pensioners Concerned Incorporated:

Christine Mounsteven, President, Ontario Division;
Sylvia Hall, Secretary/Treasurer, Ontario Division.

Rose City Seniors Activity Centre:

John Rose, Vice-Chairperson.

Welland Accessibility Advisory Committee:

Russ Findlay, Chair.

Welland Senior Citizens Advisory Committee to the City of Welland:

Doug Rapelje, Representative.

Welland Community Health Centre Hamilton/Niagara:

Marcel Castonguay, Director General.

Foyer Richelieu:

André Tremblay, Director General.

Atamanyk individual:

Gary Atamanyk.

Centre polyvalent des aînés francophones de Port Colborne:

Roland Méthot, Chair.

VON Canada:

Marlene Slepko, Interim Branch Manager.

Atamanyk individual:

Ron Walker.

Hamilton Council on Aging :

Denise O'Connor, directrice générale;
Carolyn Rosenthal, présidente, conseil d'administration.

Services de soutien communautaire de Niagara :

Wendy Walker, directrice générale;
Patricia Tooley, gestionnaire de programme;
Pat Frank, président, conseil d'administration.

Le vendredi 9 mai 2008 (séance de l'après-midi)

Older Womens's Network :

Thelma McGillivray, ancienne présidente.

Corporation canadienne des retraités intéressés :

Christine Mounsteven, présidente, section de l'Ontario;
Sylvia Hall, secrétaire-trésorière, section de l'Ontario.

Centre d'activités des aînés de Rose City :

John Rose, vice-président.

Comité consultatif sur l'accessibilité de Welland :

Russ Findlay, président.

Comité consultatif des aînés de la Ville de Welland :

Doug Rapelje, représentant.

Centre de santé communautaire Hamilton/Niagara :

Marcel Castonguay, directeur général.

Foyer Richelieu :

André Tremblay, directeur général.

À titre personnel :

Gary Atamanyk.

Centre Polyvalent des aînés francophones de Port Colborne :

Roland Méthot, président.

VON Canada :

Marlene Slepko, directrice de succursale par intérim.

À titre personnel :

Ron Walker.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Friday, May 9, 2008 (morning session)

Regional Municipality of Niagara Community Services Department:

Carol Rudel, Manager, Seniors Community Programs;

Dominic Ventresca, Director of Seniors Services.

Hamilton Niagara Haldimand Brant Community Care Access Centre:

Tom Peirce, Senior Director, Strategic Planning and Integration.

Ontario Network for the Prevention of Elder Abuse:

Maureen Etkin, Regional Consultant, Central West;

Gail MacKenzie-High, Chair, Niagara Elder Abuse Prevention Network.

Alzheimer's Society of Niagara Region:

Marge Dempsey, Acting Chief Executive Officer.

Ontario Home Care Association:

Susan D. VanderBent, Executive Director.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le vendredi 9 mai 2008 (séance du matin)

Services communautaires de la municipalité régionale de Niagara :

Carol Rudel, gestionnaire, Programmes communautaires aux aînés

Dominic Ventresca, directeur, aux Services aux aînés.

Centre d'accès aux soins communautaires de Hamilton Niagara Haldimand Brant :

Tom Peirce, directeur principal, Planification stratégique et intégration.

Réseau ontarien pour la prévention des mauvais traitements envers les personnes âgées :

Maureen Etkin, conseillère régionale, Centre-ouest;

Gail MacKenzie-High, présidente, Niagara Elder Abuse Prevention Network.

Société Alzheimer de la région de Niagara :

Marge Dempsey, chef de la direction par intérim.

Ontario Home Care Association :

Susan D. VanderBent, directrice générale.

(Suite à la page précédente)





Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Aging

Vieillessement

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Monday, May 12, 2008

Le lundi 12 mai 2008

Issue No. 8

Fascicule n° 8

Fifteen and sixteen meetings on:

Special study on aging

Quinzième et seizième réunions concernant :

L'étude spéciale sur le vieillissement

APPEARING:

The Honourable Michael G. Baker, M.L.A.,
Minister of Finance,
Government of Nova Scotia

COMPARAÎT :

L'honorable Michael G. Baker, député,
ministre des Finances,
Gouvernement de la Nouvelle-Écosse

WITNESSES:

(See back cover)

TÉMOINS :

(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput

Cordy

Cools

* Hervieux-Payette, P.C.

(or Tardif)

Keon

* LeBreton, P.C.

(or Comeau)

Mercer

Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput

Cordy

Cools

* Hervieux-Payette, C.P.

(ou Tardif)

Keon

* LeBreton, C.P.

(ou Comeau)

Mercer

Stratton

* Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

HALIFAX, NOVA SCOTIA, Monday, May 12, 2008
(16)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m., in the Sullivan room, Holiday Inn Halifax Harbourview, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cools, Cordy and Mercer (4).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

Nova Scotia Centre on Aging:

Pamela Fancey, Associate Director/Research Associate, Mount Saint Vincent University.

Spencer House Seniors' Centre:

Deborah Dostal, Executive Director.

Community Links:

Sandra Murphy, Executive Director.

As individuals:

Dr. David Martell, Lunenburg Medical Centre;

Dr. Chris MacKnight, Associate Professor, Department of Medicine, Dalhousie University;

Dr. Ken Rockwood, Professor of Geriatric Medicine, Dalhousie University.

The chair made a statement.

Ms. Fancey, Ms. Dostal and Ms. Murphy each made a presentation and answered questions.

At 9:29 a.m., the committee suspended.

At 9:35 a.m., the committee resumed.

Dr. Martell, Dr. Rockwood and Dr. MacKnight each made a presentation and answered questions.

At 12:01 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

HALIFAX, NOUVELLE-ÉCOSSE, le lundi 12 mai 2008
(16)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle Sullivan du Holiday Inn Halifax Harbourview, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cools, Cordy et Mercer (4).

Également présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Centre sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse :

Pamela Fancey, directrice adjointe/attachée de recherche, Université Mount Saint Vincent.

Spencer House Seniors' Centre :

Deborah Dostal, directrice générale.

Community Links :

Sandra Murphy, directrice générale.

À titre personnel :

Dr David Martell, Centre médical de Lunenburg;

Dr Chris MacKnight, professeur agrégé, Département de médecine, Université Dalhousie;

Dr Ken Rockwood, professeur de gériatrie, Université Dalhousie.

La présidente fait une déclaration.

Mmes Fancey, Dostal et Murphy font des exposés puis répondent aux questions.

À 9 h 29, le comité suspend ses travaux.

À 9 h 35, le comité reprend ses travaux.

Les Drs Martell, Rockwood et MacKnight font un exposé et répondent aux questions.

À 12 h 1, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

HALIFAX, NOVA SCOTIA, Monday, May 12, 2008
(17)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:09 p.m., in the Sullivan room, Holiday Inn Halifax Harbourview, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cools, Cordy and Mercer (4).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

APPEARING:

The Honourable Michael G. Baker, M.L.A., Minister of Finance, Government of Nova Scotia.

WITNESSES:

Department of Finance, Government of Nova Scotia:

Elizabeth Cody, Assistant Deputy Minister.

As individuals

David Ward, Member, Acadia Lifelong Learning;

G.A. Trudy Ward, Member, Acadia Lifelong Learning;

Linda MacDonald, Elder Learners, Saint Mary's University.

The chair made a statement.

Mr. Ward, Ms. MacDonald and Ms. Ward each made a statement.

At 2:01 p.m., the committee suspended.

At 2:28 p.m., the committee resumed.

The Honourable Michael G. Baker made a presentation and, with Ms. Cody, answered questions.

At 3:51 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

HALIFAX, NOUVELLE-ÉCOSSE, le lundi 12 mai 2008
(17)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 9, dans la salle Sullivan du Holiday Inn Halifax Harbourview, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du Comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cools, Cordy et Mercer (4).

Également présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Services d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

COMPARAÎT :

L'honorable Michael G. Baker, député, ministre des Finances, gouvernement de la Nouvelle-Écosse.

TÉMOINS :

Ministère des Finances, gouvernement de la Nouvelle-Écosse :

Elizabeth Cody, sous-ministre adjointe.

À titre personnel :

David Ward, membre, Acadia Lifelong Learning;

G.A. Trudy Ward, membre, Acadia Lifelong Learning;

Linda MacDonald, Elder Learners, Université Saint Mary's.

La présidente fait une déclaration.

M. Ward, Mme MacDonald et Mme Ward font une déclaration.

À 14 h 1, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 28, le comité reprend ses travaux.

L'honorable Michael G. Baker fait un exposé et, de concert avec Mme Cody, répond aux questions.

À 15 h 51, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

HALIFAX, NOVA SCOTIA, Monday, May 12, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Welcome to the meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. The complex issues relating to aging have preoccupied governments for many years. They have become more prominent, however, as the number of seniors grows as a result of both longer life expectancy and the aging of the baby boom generation. The public programs and services offered to seniors are essential to their well-being, and it is our duty as governments to ensure that there are no gaps in meeting those existing needs.

We are here in Halifax, technically Dartmouth, today to hear from interested parties on the impacts of an aging society and more specifically to hear their views on our second interim report, which we tabled in the Senate on March 11 of this year. The interim report focuses on active aging; older workers; retirement and income security; healthy aging; supports to aging in place of choice; and the regional distribution of health costs associated with aging.

This is the second stop of our cross-country Canada travel, and we look forward to today's testimony. We have been a bit delayed because we were at Camp Hill this morning. We wanted to take a first-hand look at the veterans' programs offered there.

This morning we have three witnesses and witness groups appearing before us. In our first group, we have Pamela Fancey, from the Nova Scotia Centre on Aging; Deborah Dostal, from Spencer House Seniors' Centre; and Sandra Murphy, from Community Links. Welcome to all three of you.

Pamela Fancey, Associate Director/Research Associate, Mount Saint Vincent University, Nova Scotia Centre on Aging: Thank you for the opportunity to share some thoughts with you this morning on the interim report. The Nova Scotia Centre on Aging at Mount Saint Vincent University has been in existence for 15 years with a focus on research, education and community consultation.

This morning, time permitting, I would like to speak about four areas of the interim report: volunteerism, lifelong learning, healthy aging — just a few areas within that particular chapter — and informal caregivers.

TÉMOIGNAGES

HALIFAX, NOUVELLE-ÉCOSSE, le lundi 12 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 heures, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bienvenue à la réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité examine les incidences du vieillissement de la société canadienne. Les problèmes complexes liés au vieillissement préoccupent les gouvernements depuis de nombreuses années. Ils prennent toutefois de l'ampleur à mesure que le nombre d'ainés augmente, ce qui est attribuable à une espérance de vie plus longue et au vieillissement de la génération du baby-boom. Les programmes et services publics offerts aux aînés sont essentiels à leur bien-être, et il est de notre devoir en tant que gouvernements de veiller à ce qu'on réponde efficacement aux besoins actuels.

Nous sommes aujourd'hui à Halifax, plus exactement à Dartmouth, pour entendre le témoignage de parties intéressées sur les incidences du vieillissement de la société et, plus précisément, pour connaître leurs points de vue sur notre deuxième rapport provisoire, que nous avons déposé au Sénat le 11 mars dernier. Le rapport se concentre sur le vieillissement actif; les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu; le vieillissement en santé; le vieillissement à l'endroit de son choix; et la distribution régionale des frais de santé liés au vieillissement.

C'est la deuxième ville que nous visitons dans le cadre de notre tournée pancanadienne, et nous avons bien hâte d'entendre les témoignages d'aujourd'hui. Nous avons été un peu retardés, car nous étions à Camp Hill ce matin. Nous voulions voir par nous-mêmes les programmes destinés aux anciens combattants qui y sont offerts.

Nous entendrons ce matin trois témoins, et trois groupes d'experts comparaitront devant nous. Dans le premier groupe, nous accueillons Pamela Fancey, du Centre sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse, Deborah Dostal, du Spencer House Seniors' Centre, et Sandra Murphy, de Community Links. Bienvenue à toutes les trois.

Pamela Fancey, directrice adjointe/attachée de recherche, Université Mount Saint Vincent, Centre sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse : Je vous remercie de me donner l'occasion ce matin de vous livrer quelques réflexions sur le rapport provisoire. Le Centre sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse de l'Université Mount Saint Vincent existe depuis 15 ans et se concentre sur la recherche, l'éducation et la consultation publique.

Si le temps le permet, j'aimerais vous parler ce matin de quatre sujets dont il est question dans le rapport provisoire : le bénévolat, l'apprentissage continu, le vieillissement en santé — je n'aborderai que quelques thèmes seulement dans ce chapitre particulier — et les aidants naturels.

I will start with volunteerism. In Chapter 2, "Active Aging and Ageism," your report suggests that one reason senior Canadians are less likely to volunteer is that they are involved in informal support to others. This is an important factor that, in view of two trends, is only likely to escalate in the years to come.

One trend is the need for older kin to support younger, two-person, working households and the growing single-headed households that we see in our society today. Older persons are filling a huge gap because of minimal social policy on child care in this country. It is suggested that the Special Senate Committee on Aging include some statement to this effect and options that speak to working with other levels of government to raise awareness around the situation and the role that seniors are playing given the minimal child care policy in this country.

The other trend is informal support to other seniors, whether relatives or not. Much of the centre's work on caregiving demonstrates the important role that seniors play in peer support in their communities, especially rural communities. Moreover, we recently completed a discussion paper for the Public Health Agency of Canada on the role of older spousal caregivers; they are the population of growing interest. The options listed within the report are narrow and do not address well the situations of older spousal caregivers, whom we are seeing more of and whom we feel have distinct needs.

Options such as providing publicly funded respite for caregiving seniors to continue with volunteer commitments, for example, would fit well into this particular section and also could be cross-referenced in section 5.2 on informal caregivers. As mentioned in the report, keeping seniors engaged in the normal activities is important to active and healthy aging, and this would be one mechanism to support that.

On page 11, the first option you list is to provide tax credits for volunteers as an incentive to promote volunteerism. That should be expanded from recognizing their time to also include the direct expenses that they incur as a result of volunteering. The cost of volunteering continues to increase, especially with gas and other transportation costs. Some seniors may be hesitant to ask if compensation is available, and some organizations may just not have the infrastructure to support and cover those kinds of expenses for them.

Moving on to lifelong learning, this is an important concept as we continue to hear more about its role in keeping us intellectually stimulated and engaged with others in our society. There is and continues to be growth in this area. I am unaware of the scope of the seventh option that is listed on page 12, but I wanted to bring to your attention that already there exists a national network of lifelong education providers. It is called

Je vais commencer par le bénévolat. Au chapitre 2, « Vieillesse active et âgeisme », votre rapport dit que l'une des raisons pour lesquelles les Canadiens âgés sont moins susceptibles de faire du bénévolat, c'est qu'ils offrent du soutien non structuré à d'autres personnes. Il s'agit d'un facteur important qui ne peut faire autrement qu'augmenter dans les années à venir, à cause de deux tendances.

Une première tendance que nous constatons de nos jours, c'est que les parents plus âgés doivent venir en aide aux ménages plus jeunes constitués de deux personnes qui travaillent et au nombre croissant de ménages à chef de famille unique. Les personnes âgées comblent une énorme lacune, étant donné la politique sociale minimale en matière de garde d'enfants au pays. Il est suggéré que le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement en fasse état dans son rapport et qu'il inclue des options de collaboration avec d'autres paliers de gouvernement pour accroître la sensibilisation à la situation et au rôle joué par les aînés, compte tenu de la politique minimale en matière de garde d'enfants du pays.

L'autre tendance est le soutien non structuré offert à d'autres aînés, qu'ils soient parents ou non. Une bonne partie du travail du centre en matière de prestation de soins montre le rôle important que les aînés jouent au chapitre du soutien par les pairs dans leurs collectivités, surtout en milieu rural. De plus, nous avons récemment terminé un document de travail pour l'Agence de la santé publique du Canada sur le rôle des conjoints âgés fournisseurs de soins, auxquels on s'intéresse de plus en plus. Les options énumérées dans le rapport sont limitées et ne répondent pas bien à la situation de ces conjoints, qui sont de plus en plus nombreux et qui ont des besoins particuliers, à notre avis.

Des options comme fournir des services de soins de relève financés par l'État aux aînés fournisseurs de soins pour qu'ils continuent à faire du bénévolat, par exemple, cadreraient bien dans cette section particulière et pourraient faire l'objet d'un renvoi à la section 5.2 sur les aidants naturels. Comme il est mentionné dans le rapport, il est important que les aînés continuent d'être actifs en participant aux activités normales pour vieillir en santé, et ce mécanisme y contribuerait.

À la page 12, la première option que vous avez énumérée consiste à instaurer des crédits d'impôt pour inciter les gens à faire du bénévolat. Cette option devrait être étendue pour notamment reconnaître le temps qu'ils consacrent et couvrir les dépenses directes liées au bénévolat. Le coût du bénévolat continue d'augmenter, surtout à cause du prix de l'essence et d'autres frais de transport. Des aînés peuvent hésiter à demander si une compensation est offerte, et certaines organisations n'ont peut-être pas l'infrastructure pour couvrir ces types de dépenses.

L'apprentissage continu est un concept important puisque nous entendons de plus en plus parler de son rôle pour nous garder alertes sur le plan intellectuel et nous donner l'occasion d'échanger avec d'autres. Ce secteur croît et continue de croître. Je ne connais pas la portée de la septième option qui figure à la page 14, mais je voulais porter à votre attention qu'il existe déjà un réseau national de fournisseurs de services d'apprentissage

Catalyst, and it engages about approximately 50 different organizations responsible for lifelong efforts across the country. Therefore, rather than duplicating effort, you may wish to find out the scope of this organization's work and their capacity for further promotion and development of lifelong initiatives throughout the country.

Associated with the options you have identified in this section, I would suggest that there is an opportunity also to support university-based centres on aging such as ours and other existing education providers to develop new and to market existing programs to older adults. Particularly in view of declining university enrolments, there is great opportunity to build on existing resources and capacity at centres like ours. Also, we are hearing a lot about the number of faculty that will be retiring in the future. Those retiring faculty are a great resource and can offer academic and non-academic courses or general interest courses to adult learners.

Moving on to the discussion about social isolation and the recognition of the recent work on age-friendly communities, I would suggest that another option to be offered here would be to adapt the New Horizons for Seniors Program around age-friendly communities to be used as a vehicle to promote the notion of age-friendly communities.

The New Horizons for Seniors Program has great visibility and stature and usually requires the involvement of seniors in the design and implementation of its projects. What better way to turn into action the age-friendly communities' guides and checklists than to have seniors engage with other sectors to make differences in their communities?

The final point I would like to comment on in Chapter 2 is section 2.2 on ageism. Without a doubt, ageism is a key barrier to facilitating active aging in our society. How we view seniors and the messages we hear about them do little to counteract ageist notions. To me, the issue of ageism is broader than what is contained in Chapter 2, and, in fact, tenets of ageism exist throughout the report.

In Chapter 3, there is a suggestion that we support ageist notions through our existing public policies with respect to labour force participation and income security practices. In Chapter 4, ageism should be included in a discussion on abuse and neglect but is not given air time there. There is also a point that ageism could be woven through the mental health and mental illness debate, because those illnesses layered with ageism have great negative impact on seniors.

Rather than having ageism as one small subsection, I suggest it really warrants its own chapter throughout your document to be more fully developed, to broaden terms to cover a number of angles and then also to develop more options to help combat this important issue.

continu. Il s'appelle Catalyst et il regroupe une cinquantaine d'organisations différentes responsables des efforts en matière d'apprentissage continu à la grandeur du pays. Par conséquent, plutôt que de répéter inutilement les efforts, vous voudrez peut-être chercher à connaître la portée du travail de cette organisation et sa capacité de promouvoir et d'élaborer davantage des initiatives en matière d'apprentissage continu partout au pays.

En ce qui a trait aux options que vous avez relevées dans cette section, je dirais qu'il est aussi possible d'aider des centres universitaires sur le vieillissement comme le nôtre et d'autres fournisseurs de services d'éducation à élaborer de nouveaux programmes destinés aux aînés et à commercialiser ceux qui existent déjà. En raison de la baisse des inscriptions à l'université plus particulièrement, il est grandement possible de miser sur les ressources et la capacité des centres comme les nôtres. Nous entendons aussi beaucoup de choses sur le nombre de professeurs qui prendront leur retraite dans l'avenir. Ces derniers sont une grande ressource et peuvent donner des cours théoriques ou pratiques, ou des cours d'intérêt général aux apprenants adultes.

Pour ce qui est de la discussion sur l'isolement social et la reconnaissance du travail récent réalisé pour bâtir des collectivités adaptées aux besoins des aînés, je suggérerais également d'adapter le programme Nouveaux Horizons pour les aînés et de l'utiliser pour promouvoir la notion de collectivités adaptées aux besoins des aînés.

Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés est très connu, a une bonne réputation et requiert généralement la participation des aînés à la conception et à la mise en œuvre de ses projets. Y a-t-il meilleure façon de mettre en pratique les guides et les listes de contrôle des collectivités adaptées aux besoins des aînés que de faire participer les aînés avec d'autres secteurs afin de changer les choses dans leurs collectivités?

Pour terminer, j'aimerais commenter la section 2.2 du chapitre 2 sur l'âgeisme. L'âgeisme est sans contredit l'un des principaux obstacles au vieillissement actif dans notre société. La manière dont nous percevons les aînés et les messages que nous entendons à leur égard contribuent peu à lutter contre l'âgeisme. À mes yeux, le problème de l'âgeisme est plus vaste que la description qu'on en fait au chapitre 2 et, en réalité, on en retrouve des principes dans tout le rapport.

Au chapitre 3, il est dit que nous favorisons l'âgeisme par l'entremise de nos politiques publiques existantes concernant la participation de la population active et des pratiques relatives à la sécurité du revenu. Au chapitre 4, l'âgeisme devrait être intégré à une discussion sur les mauvais traitements et la négligence, mais on n'en parle pas dans cette section. Il reste également que l'âgeisme pourrait être incorporé au débat sur la santé mentale, car l'âgeisme et les maladies mentales ont une incidence très négative sur les aînés.

Je suggère qu'on aborde le sujet de l'âgeisme dans un chapitre de votre document qui sera plus étoffé plutôt que de le confiner dans une petite sous-section, pour en traiter plus longuement afin de couvrir plusieurs facettes et d'élaborer aussi plus d'options qui contribueront à faire échec à ce problème de taille.

“Healthy Aging” is always such a large and unmanageable title because of the interdisciplinary and multi-faceted nature of aging, and this is also evident in your report. There is an eclectic group of things under this heading in Chapter 4; it has everything from falls prevention, nutrition and oral health to palliative care and direct services to veterans and First Nations, your target populations — quite a hodgepodge, as we would say on the East Coast.

What concerns me most about this section is the slant on abuse and neglect and the weight given to situational factors as opposed to the larger frameworks for understanding abuse and neglect, such as capitalism and, again, ageism — essentially, issues of power and control in our society.

Without a doubt, caregivers and staff in health care facilities face significant challenges in their caring work due to changing context, such as increasing care demands and fewer supports. Without a doubt, we should be supporting these caregivers for a host of reasons, including the value of their work to society.

As you probably are aware, Human Resources and Social Development Canada, HRSDC, is hosting an expert round table next month, and the paper that our centre has been commissioned to work on as well as the other papers would not necessarily accept the current framing of abuse and neglect in this micro-situational context. Again, a separate chapter on ageism would better address the point here, which I raised earlier as well.

Moving on, option 41 supports capacity building projects for training in geriatrics and gerontology. This option is important as you recognize the growing need for health care professionals in medicine, social work and nursing. As you mention in the report, there is, however, equal need for gerontology training and education in a wider range of workers and professions including family educators and counsellors, program coordinators, researchers, policy analysts and even supporting budding entrepreneurs. At Mount Saint Vincent University, we offer a gerontology program at the undergraduate and graduate levels, but we struggle with enrolment. The challenge is getting the message out that this is an important field and that these education programs are valuable, that it is not just about the applied health professions. Options to help promote the non-health professional programs could include marketing gerontology training more broadly and a special stream of money to support students by way of scholarships and financial assistance to draw them to these educational opportunities.

« Vieillir en santé » est toujours un titre tellement général et impossible à gérer en raison de la nature interdisciplinaire et multidimensionnelle du vieillissement, ce qui est manifeste dans votre rapport. Il y a un groupe éclectique de thèmes sous ce titre au chapitre 4. Il parle de tout, depuis la prévention des chutes, la nutrition et la santé bucco-dentaire, jusqu'aux soins palliatifs et aux soins directs dispensés aux anciens combattants et aux Premières nations, vos populations cibles — c'est tout un mélémélo, pourrait-on dire.

Ce qui me préoccupe le plus à propos de cette section, c'est la façon d'envisager la question des mauvais traitements et de la négligence et le poids accordé aux facteurs conjoncturels par opposition aux cadres plus généraux pour comprendre les mauvais traitements et la négligence comme le capitalisme et, ici aussi, l'âgisme — essentiellement des questions de pouvoir et de contrôle dans notre société.

Il ne fait aucun doute que les fournisseurs de soins et le personnel dans les établissements de soins de santé se heurtent à des difficultés de taille dans le cadre de leurs fonctions en raison du contexte changeant, comme des demandes de soins accrues et une baisse des soutiens. Nous devrions de toute évidence soutenir ces fournisseurs de soins pour une foule de raisons, y compris pour la valeur de leur travail pour la société.

Comme vous le savez probablement, Ressources humaines et Développement social Canada, RHDSC, organise une table ronde d'experts le mois prochain, et le mémoire qu'on a chargé notre centre de rédiger, de même que les autres rapports, n'accepterait pas forcément le cadre actuel des mauvais traitements et de la négligence dans ce contexte micro-conjoncturel. Là encore, un chapitre distinct sur l'âgisme couvrirait le sujet plus en profondeur, comme je l'ai dit tout à l'heure.

En outre, l'option 41 appuie des projets de renforcement des capacités pour la formation en gériatrie et en gérontologie. Cette option est importante étant donné que vous reconnaissez le besoin croissant de professionnels de la santé en médecine, en travail social et en soins infirmiers. Comme vous le mentionnez dans le rapport, nous devons également soutenir les entrepreneurs en herbe et offrir de la formation dans un plus vaste éventail de professions, y compris pour les éducateurs et les conseillers auprès des familles, les coordonnateurs de programmes, les chercheurs et les analystes des politiques. À l'Université Mount Saint Vincent, nous offrons un programme de gérontologie au premier et au deuxième cycles, mais nous éprouvons des difficultés avec les inscriptions. Le défi, c'est de faire savoir aux gens qu'il s'agit d'un domaine important et que ces programmes d'éducation sont utiles, que ce qui compte, ce ne sont pas que les professions en santé appliquée. Des options pour aider à promouvoir les programmes professionnels non liés à la santé pourraient inclure de la formation pour promouvoir la gérontologie à plus grande échelle et des fonds spéciaux pour aider les étudiants à l'aide de bourses d'études ou d'une aide financière pour attirer leur attention sur ces possibilités d'éducation.

There is quite a bit here on housing, and our centre has done quite a bit of housing work in Atlantic Canada. I have reports with me, if you are interested. I will not go into them here. I would rather focus on section 5.2 and specifically options for supporting informal caregivers.

I would support the options contained here as most come from work that we have been directly involved in. I believe Dr. Janice Keefe presented to the Senate last summer. However, I am not sure how feasible option 63, which talks about a central point of contact for caregiver services across the country, would be given that not much exists directly for caregivers. What exists would be at a local level so it would be difficult to get a handle on and to keep updated. I am not quite sure of the manageability of that kind of option at the national level.

Otherwise, the recommendations are mostly aimed at working caregivers, primarily adult children. They do not recognize the growing concern that seniors care for other seniors, that we are seeing a lot more older spouses and we need to think about these other types of caregiving arrangements. We recently completed a discussion paper on this topic for the Public Health Agency of Canada; they recognize this population as being distinct from other caregivers.

Finally, in order to develop the programs and services needed to support caregivers as well as offer them services, caregiver assessment is needed. Health care professionals need to discuss with caregivers, apart from the care recipients, their experiences, aspirations and expectations and help shape a care plan specifically for them. Just as you have recognized that seniors are a diverse population, so are their caregivers, and one size does not fit all. A menu of options to support caregivers is needed. Caregiver assessment is important to help shape that menu, and access to caregiver assessment earlier on in the journey can serve as an effective health promotion strategy.

This report could promote the need to advance caregiver assessment. An option to this effect would strengthen this section.

The Chair: Thank you very much. I did not introduce the senators before we began because I was expecting another, and she did indeed arrive. We have Senator Cools, from Ontario, originally from Toronto and now living in Ottawa; Senator Cordy, from Nova Scotia; Senator Mercer, from Nova Scotia; and I am a Manitoba senator, but I was born and raised in Halifax and certainly have a Halifax connection.

Our next witness is Ms. Dostal.

Deborah Dostal, Executive Director, Spencer House Seniors' Centre: Thank you for the opportunity to speak to you. I am a member of Seniors' Council, but my full time job is executive

On traite longuement du logement ici, et notre centre a fait beaucoup de travail à cet égard au Canada atlantique. J'ai des rapports avec moi, si ça vous intéresse. Je ne vais pas les passer en revue. Je vais me concentrer plutôt sur la section 5.2 et sur les options de soutien aux aidants naturels, plus précisément.

Je suis en faveur des options que renferme le rapport puisque la majorité d'entre elles proviennent de projets auxquels nous avons participé directement. Je crois que Mme Janice Keefe a comparu devant le Sénat l'été dernier. Toutefois, je ne sais pas trop dans quelle mesure il serait possible de réaliser l'option 63, qui porte sur un point d'accès central aux services destinés aux aidants naturels partout au pays, puisque peu de ressources de soutien direct existent pour ces derniers. Ce qui existe serait à l'échelle locale, si bien que ce serait difficile à concrétiser et à tenir à jour. Je ne suis pas convaincue que ce genre d'option soit gérable à l'échelle nationale.

Autrement, les recommandations visent en grande partie les fournisseurs de soins qui travaillent, principalement les jeunes adultes. Elles ne reconnaissent pas la préoccupation croissante selon laquelle les aînés prennent soin d'autres aînés, que nous voyons beaucoup plus de conjoints fournisseurs de soins et que nous devons penser à ces autres types d'arrangements de prestation des soins. Nous avons récemment achevé un document de travail sur le sujet pour l'Agence de santé publique du Canada, qui sépare ce groupe des autres fournisseurs de soins.

Enfin, pour élaborer les programmes et les services nécessaires pour appuyer les fournisseurs de soins de même que pour leur offrir des services, une évaluation du fournisseur de soins est nécessaire. Des professionnels de la santé doivent discuter avec les fournisseurs de soins — inclure les bénéficiaires — de leurs expériences, de leurs aspirations et de leurs attentes, et les aider à façonner un plan de soins spécialement conçu pour eux. Comme vous venez de reconnaître que les aînés forment un groupe diversifié, il en va de même des fournisseurs de soins, et il n'existe pas de panacée. On a besoin d'une liste d'options pour venir en aide aux fournisseurs de soins. L'évaluation est importante pour permettre de dresser cette liste et avoir accès à cette évaluation au début du processus peut servir de stratégie efficace de promotion de la santé.

Le présent rapport pourrait faire valoir la nécessité de favoriser l'évaluation du fournisseur de soins. Une option à cet effet renforcerait cette section.

La présidente : Merci beaucoup. Je n'ai pas présenté les sénateurs avant de commencer parce qu'il manquait un membre, mais elle est maintenant arrivée. Nous avons le sénateur Cools, de l'Ontario, qui est originaire de Toronto, mais qui vit maintenant à Ottawa; les sénateur Cordy et Mercer, de la Nouvelle-Écosse; pour ma part, je viens du Manitoba, mais je suis née et j'ai grandi à Halifax, et j'ai certes un attachement à cette ville.

Notre prochain témoin est Mme Dostal.

Deborah Dostal, directrice générale, Spencer House Seniors' Centre : Je vous remercie de me donner l'occasion de vous parler. Je fais partie du Conseil des aînés, mais mon travail à temps plein

director of Spencer House Seniors' Centre, a centre that supports seniors living in the community. I have been working in this area for 15 years now. I would like to speak to two issues that are very close to my heart.

One is volunteerism. Spencer House relies heavily on volunteers. In fact, I do not think we could offer the programs and services we do without volunteers. We use about 125 volunteers a year, and at least half of our volunteers are seniors themselves. Two of our senior volunteers are 90 years old. Seniors have told me that it is very important to them not only to be able to give back to the community but also to feel useful and needed. However, as was mentioned earlier, it is actually costing some volunteers, particularly seniors, money to volunteer. At least two of our seniors cannot come to Spencer House unless they drive there. They are not able to use public transportation for various reasons, and rising gas prices particularly are costing them out-of-pocket expenses. I was interested to see that one of your points was tax incentives to support volunteerism. I am not sure how that would work, but there should be some financial support as well for seniors.

I feel the focus right now should be on volunteerism in the community. A lot of research has been done on volunteerism. We have received information on screening, procedures, management and so on, but really what is needed, in my view, is more within the community. For example, shortly after the UN International Year of Volunteers in 2001, we had a volunteer resource centre that shut down because of lack of funding. I think that has happened quite a lot because there is no central place where people can go to be matched with volunteer jobs. Perhaps there could be a database or some other mechanism that would make it easier for people to be matched with volunteer opportunities in the community.

Our agency is funded by the United Way, and the United Way has what they call "A Day of Caring," where a business will send their workers out to a volunteer agency for a day. I could see a lot more of that happening, or perhaps there could be tax or other incentives for employers to allow their employees to spend more time in the community doing volunteer work.

The second issue that I want to talk about is aging in place. The whole focus of our agency is helping seniors remain independent in the community. We offer recreational programs and home support programs. Spencer House Seniors' Centre is a place where seniors can come and be safe and where they can meet their peers. There is not a lot of recognition for what is available in communities to help support seniors outside of institutional facilities. There should be more recognition and more grassroots organizations that are helping seniors. Ms. Murphy can vouch for that since she also works for a community organization.

est d'assurer la direction du Spencer House Seniors' Centre, un centre qui vient en aide aux aînés qui vivent dans la collectivité. Je travaille avec les aînés depuis maintenant 15 ans. J'aimerais vous entretenir de deux questions qui me tiennent beaucoup à cœur.

La première est le bénévolat. Le Spencer House compte énormément sur les bénévoles. En réalité, sans eux, je ne crois pas que nous pourrions offrir les programmes et les services que nous offrons à l'heure actuelle. Nous utilisons les services de 125 bénévoles par année environ, et au moins la moitié d'entre eux sont eux-mêmes des aînés. Il y en a deux de 90 ans. Des aînés m'ont dit qu'il est très important pour eux non seulement de rendre service à la collectivité, mais aussi de sentir qu'ils sont utiles et qu'on a besoin d'eux. Toutefois, comme on l'a mentionné tout à l'heure, certains bénévoles, surtout des aînés, doivent payer pour faire du bénévolat. Au moins deux de nos aînés ne peuvent pas se rendre au Spencer House autrement qu'en voiture. Ils ne peuvent pas utiliser le transport en commun pour diverses raisons et subissent le contre-coup de la hausse du prix de l'essence. J'ai trouvé intéressant que vous ayez soulevé les incitatifs fiscaux comme moyen d'encourager les gens à faire du bénévolat. Je ne suis pas certaine comment cela fonctionnerait, mais il devrait y avoir du soutien financier en place pour les aînés aussi.

Je pense que le bénévolat devrait être la priorité de la collectivité à l'heure actuelle. Beaucoup de recherches ont été faites sur le bénévolat. Nous avons reçu de l'information sur la sélection, les procédures, la gestion, et cetera, mais ce qu'il faut vraiment, c'est accroître le bénévolat dans la collectivité, à mon avis. Par exemple, peu de temps après l'Année internationale des bénévoles des Nations Unies en 2001, un centre de ressources bénévoles a dû fermer ses portes à cause du manque de financement. Je crois que c'est arrivé très souvent parce qu'il n'y a pas de point d'accès central où les gens peuvent aller pour être jumelés à des postes de bénévolat. On pourrait peut-être établir une base de données ou un autre mécanisme qui faciliterait le jumelage des gens à des occasions de bénévolat dans la collectivité.

Notre organisme est financé par Centraide, qui organise ce qu'on appelle une « Journée d'entraide », au cours de laquelle une entreprise met ses travailleurs au service d'un organisme bénévole pour une journée. Je crois qu'il devrait y en avoir beaucoup plus, ou qu'il pourrait y avoir des incitatifs fiscaux ou d'autres mesures pour amener les employeurs à permettre à leurs employés de consacrer plus de temps au travail bénévole dans la collectivité.

Deuxièmement, je veux parler du vieillissement à l'endroit de son choix. Notre organisme vise essentiellement à aider les aînés à garder leur autonomie dans la collectivité. Nous offrons des programmes de loisirs et des programmes de soutien à domicile. Le Spencer House Seniors' Centre est un lieu sûr où les aînés peuvent venir et où ils peuvent rencontrer leurs pairs. On fait peu de cas des ressources qui sont disponibles dans les collectivités pour venir en aide aux aînés en dehors de leurs installations de soins en établissement. Il devrait y avoir une plus grande reconnaissance et un plus grand nombre d'organisations communautaires qui viennent en aide aux aînés. Mme Murphy peut en témoigner puisqu'elle travaille elle aussi pour une organisation communautaire.

Among the services we offer, the one closest to my heart, and one that has not been mentioned much, is meal programs. Meal programs are crucial for helping seniors to stay independent in the community. There was some mention of nutrition, and certainly information on nutrition is important, but I find that often seniors just do not want to cook meals; they just will not do it. I know from studies I have read that malnutrition is one of the major causes of seniors' ending up in hospitals or long-term care facilities; they do not eat properly, and that leads to a host of other health difficulties. From my perspective, a meal program is crucial — and not only meal programs. In our case, we offer a meal in-house so that seniors can come to Spencer House and have a hot lunch. It is a social occasion. They really enjoy it and they get a nutritionally well-balanced meal.

Of course, our Meals on Wheels programs are extremely important. I do not know how it works in other parts of the country, but in Nova Scotia, Meals on Wheels is volunteer-driven, particularly in rural communities. Therefore, if volunteers are not available, there is no program, and that is a big problem. To my mind, it is essential that there be consistent programs throughout the province and throughout the country for providing meals to older adults who need them.

The Chair: Thank you very much. These meetings never cease to amaze me. We have been hearing testimony for two years, and we come to Halifax and we hear new ideas we have never heard before.

Ms. Murphy, please give us your new ideas.

Sandra Murphy, Executive Director, Community Links: Well, that is quite a challenge. Community Links is a provincial organization of over 180 seniors and senior-serving organizations as well as individual senior members. A lot of our work is in rural Nova Scotia; we have focused over the years on rural issues of seniors, although we have projects in urban Nova Scotia as well.

One of our major initiatives is "Preventing Falls Together," and we have 13 coalitions across the province working on health promotion around falls prevention. We feel that we have been fairly successful in the efforts we are making around preventing falls among seniors, which, as you know, is one of the major causes of seniors being hospitalized or ending up in nursing homes or, in fact, dying.

We also do a lot of work to encourage seniors to be engaged in healthy public policy and to have some say in what is happening at a public policy level that will have an impact on their lives. Particularly, here in Nova Scotia we have the *Strategy for Positive Aging*, which is a marvellous document. If it were all enacted, then Nova Scotia would be the best place in the world to live as a

Parmi les services que nous offrons, ceux qui me tiennent le plus à cœur, ceux dont on a peu parlé, ce sont les programmes de repas. Ces programmes sont essentiels pour contribuer au maintien de l'autonomie des aînés dans la collectivité. Il a été question de nutrition, et des renseignements à cet égard sont certainement importants, mais je trouve que les aînés souvent ne veulent pas cuisiner; ils ne le feront juste pas. Des études que j'ai lues ont montré que la malnutrition est l'une des causes principales de l'hospitalisation ou de l'admission en établissement de soins de longue durée des aînés; ils ne se nourrissent pas adéquatement, ce qui engendre une foule d'autres troubles de santé. À mon sens, un programme de repas est crucial, mais il n'y a pas que cela. Le Spencer House offre un programme de repas sur place et les aînés peuvent venir prendre un repas chaud. C'est une activité sociale. C'est un réel plaisir pour eux et ils mangent un repas équilibré.

Bien entendu, nos programmes de popote roulante sont extrêmement importants. J'ignore comment ils fonctionnent ailleurs au pays, mais en Nouvelle-Écosse, ils sont assurés par des bénévoles, plus particulièrement dans les collectivités rurales. Par conséquent, si des bénévoles ne sont pas disponibles, il n'y a pas de programme, et c'est un sérieux problème. À mon sens, il est essentiel que des programmes soient offerts en permanence à la grandeur de la province et du pays pour offrir des repas aux aînés qui en ont besoin.

La présidente : Merci beaucoup. Ces réunions ne cessent de m'étonner. Nous entendons des témoignages depuis deux ans; nous venons à Halifax et on nous fait part de nouvelles idées dont nous n'avions jamais entendu parler auparavant.

Madame Murphy, présentez-nous vos nouvelles idées, s'il vous plaît.

Sandra Murphy, directrice générale, Community Links : Eh bien, c'est tout un défi. Community Links est une organisation provinciale qui regroupe plus de 180 associations d'aînés, d'organismes au service des aînés et de membres à titre individuel. Une grande partie de notre travail est effectuée dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse; nous nous sommes concentrés au fil des ans sur les problèmes ruraux touchant les aînés, même si nous menons aussi des projets dans les régions urbaines de la Nouvelle-Écosse.

L'une de nos principales initiatives est « Preventing Falls Together », et nous comptons 13 coalitions dans la province qui travaillent à la promotion de la santé en matière de prévention des chutes. Nous estimons avoir assez bien réussi à prévenir les chutes chez les aînés qui, comme vous le savez, constituent l'une des principales causes d'hospitalisation, d'admission dans les centres d'hébergement ou de décès.

Nous déployons aussi beaucoup d'efforts pour encourager les aînés à collaborer à l'établissement d'une politique de santé publique et à avoir leur mot à dire pour ce qui est des politiques publiques qui auront une incidence sur leurs vies. En Nouvelle-Écosse plus particulièrement, nous avons la *Strategy for Positive Aging*, qui est un document merveilleux. Si elle était mise

senior. We are very concerned that the strategy be implemented and that seniors be engaged in that implementation and in the monitoring of that policy document.

We are concerned with issues around volunteerism as well as seniors' issues. Going back to Ms. Dostal's point, we also are a co-host of the Nova Scotia Volunteer Forum, which is a site where organizations can register their need for volunteers and where volunteers can be linked with volunteer opportunities. The site is fairly new, but we have not yet done our promotion as well as we might have.

Because I heard about this hearing only late on Friday afternoon and I was out of town for the weekend, I did not have much time to prepare for this morning. The board of Community Links, which includes seniors from across the province, spent a lot of time at one board meeting reviewing your first interim report so that we could make a response to that report. Unfortunately, we have not had time to review your second interim report, but I did feel that I would like to come today to reinforce some of the issues that we addressed in our first submission to you.

In our submission, we addressed every issue that was covered in your first report, but I will not do that this morning. In prioritizing what issues they felt were of most concern to seniors, the board members saw financial security as the key. They also wanted to say that they did not see that financial security for seniors should be different than financial security for all Canadians. A guaranteed annual income for all Canadians would perhaps be the way to address the needs of seniors, but also there would be less of a feeling that perhaps seniors had more than other Canadians who are poor. We are very concerned with the growing income gap between the very rich in Canada and the very poor in Canada. Among the very poor in Canada who are not necessarily being served by current income structures are single women who fall just below the age when they can receive Old Age Security. A number of people on our board are working in the community and trying to address the issues of those women almost on a daily basis, so this is of concern to us.

In general, we see that a number of seniors are well-off, but we are very concerned for low-income seniors, and you can see low-income seniors in our country and that the gap is growing. Also, seniors are concerned about poverty among other age groups in this country, and we feel that the issues of poverty should be addressed for all Canadians, not just for seniors.

Another area that was identified as a priority for our board was around seniors and caregiving. I think Ms. Fancey has addressed that issue very well, and the Nova Scotia Centre on Aging has done some terrific work on caregiving and seniors. Our board feels that caregivers are vastly over-burdened and under-

en oeuvre dans son intégralité, la Nouvelle-Écosse serait alors le meilleur endroit au monde où un aîné puisse vivre. Nous tenons beaucoup à ce que la stratégie soit appliquée et que les aînés participent à sa mise en œuvre et à l'examen de ce document stratégique.

Les problèmes liés au bénévolat et aux aînés nous préoccupent. Pour revenir aux propos de Mme Dostal, nous coparrainons aussi le Forum des bénévoles de la Nouvelle-Écosse, qui est aussi un site où les organisations peuvent s'inscrire si elles ont besoin de bénévoles et où les bénévoles peuvent voir les occasions de bénévolat. Le site est plutôt récent, mais nous n'avons pas encore fait autant de publicité que nous l'aurions pu.

Étant donné que je n'ai appris la tenue de cette audience que tard vendredi après-midi et que j'étais en dehors de la ville ce week-end, je n'ai pas eu beaucoup de temps pour me préparer pour ce matin. Le conseil de Community Links, qui regroupe des aînés de partout dans la province, a consacré beaucoup de temps lors d'une réunion à passer en revue votre premier rapport provisoire pour formuler une réponse. Malheureusement, nous n'avons pas eu le temps d'examiner votre deuxième rapport intérimaire, mais j'ai cru bon de venir aujourd'hui pour mettre en évidence quelques-uns des problèmes que nous avons abordés dans le premier mémoire que nous vous avons soumis.

Dans notre mémoire, nous avons traité de chacun des sujets couverts dans votre premier rapport, mais je ne le ferai pas ce matin. En établissant les questions prioritaires qui préoccupaient, d'après eux, le plus les aînés, les membres du conseil ont déterminé que la sécurité financière était indispensable. Ils voulaient aussi faire savoir que la sécurité financière des aînés ne devrait pas être différente de celle de tous les Canadiens. Un revenu annuel garanti pour tous les Canadiens serait peut-être la façon de répondre aux besoins des aînés, mais on aurait moins l'impression que les aînés sont peut-être mieux nantis que d'autres Canadiens qui sont pauvres. Nous sommes très préoccupés par l'écart de revenu qui s'accroît entre les très bien nantis et les plus démunis au Canada. Les femmes seules qui n'ont pas encore tout à fait l'âge de toucher des prestations de Sécurité de la vieillesse font partie des personnes très pauvres au Canada qui ne sont pas forcément desservies par les structures existantes d'aide au revenu. Plusieurs membres de notre conseil travaillent dans la collectivité et tentent de régler les difficultés qu'éprouvent ces femmes presque quotidiennement. C'est donc un sujet d'inquiétude pour nous.

De façon générale, nous constatons qu'un certain nombre d'aînés vivent bien, mais nous sommes très inquiets pour les aînés à faible revenu, et vous pouvez voir qu'il y en a au pays et que l'écart se creuse. Les aînés sont aussi préoccupés par la pauvreté parmi d'autres groupes d'âge au pays, et nous croyons que nous devrions nous attaquer aux problèmes de pauvreté pour tous les Canadiens, et pas seulement pour les aînés.

Notre conseil a aussi déterminé que la prestation de soins pour les aînés constituait un autre secteur prioritaire. Je crois que Mme Fancey a très bien exposé le problème, et le Centre sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse a fait du travail remarquable en matière de prestation de soins pour les aînés. Notre conseil est

supported in this country, and as Ms. Fancy said, there are not only the working caregivers, who perhaps have given up jobs to become caregivers for an aging parent, but there are also many seniors engaged in caregiving for other seniors, both family members and friends in their community. They are not being supported as they should be.

We feel that a lot of good work was done around the caregiving issue by a previous Government of Canada. Now we have taken some steps back. We seem to be poised on a national strategy for caregiving across the country, and that this has not moved forward has been a real setback.

Non-governmental organizations have a key role to play in support of caregivers, and they need support to undertake this work. I was at a caregivers' luncheon organized by Caregivers Nova Scotia just this past Friday, and they honoured five wonderful caregivers in the community. The work that Caregivers Nova Scotia is doing needs to be supported more than it is. Caregiver support groups are needed across this province, but that requires infrastructure support, which is not always available. We need to do more around caregivers, and we need more adult day programs for seniors as well.

Another issue that Community Links is extremely concerned about and involved in is transportation. We are particularly concerned for seniors in rural areas who lack of transportation. Not having transportation reduces the options seniors have around aging in place. Community Links is working closely with the Nova Scotia Community-Based Transportation Association, which is working to have a continuum of transportation options available for seniors but also for the economically disadvantaged and for the disabled across the province. We are also working with the environmental lobby around the transportation issue. Transportation is not just an issue for seniors: it is a poverty issue and an environmental issue, and we feel that more needs to be done at the federal, provincial and municipal levels to support the types of transportation options that are needed.

At one time, the federal government had a regular program for funding vans that were used by community-based transportation associations. Just recently there has been more infrastructure funding from the federal government for transportation issues, but there needs to be consistent support from the federal level for transportation at the community level in Canada.

We also had some concerns around diversity issues and the needs of seniors from immigrant communities, which are not being addressed. I think this will be a growing issue in Canada. Nova Scotia is not always seen as the place where we have the majority of immigrants. We are working hard to bring more immigrants into Nova Scotia, and if we do that, we have to realize that perhaps the needs of immigrant seniors are different. Often

d'avis que les fournisseurs de soins sont surchargés de travail et mal soutenus au pays. Comme Mme Fancey l'a dit, il y a non seulement les fournisseurs de soins, qui ont peut-être cessé de travailler pour prendre soin d'un parent âgé, mais aussi beaucoup d'aînés qui dispensent des soins à d'autres aînés, à des membres de leur famille ou à des amis dans leur collectivité. Ils ne reçoivent pas l'aide qu'ils devraient recevoir.

À notre avis, un gouvernement du Canada précédent a fait du bon travail en matière de prestation de soins. Nous avons maintenant perdu du terrain. Nous semblions être en passe de mettre en œuvre une stratégie nationale pour la prestation de soins, et le fait que les choses n'aient pas avancé a constitué un véritable revers.

Les organisations non gouvernementales ont un rôle essentiel à jouer pour soutenir les fournisseurs de soins, et elles ont besoin d'aide pour s'acquitter de cette tâche. J'ai assisté à un déjeuner à l'intention des fournisseurs de soins organisé par Caregivers Nova Scotia vendredi dernier, où l'on a honoré cinq merveilleux fournisseurs de soins de la collectivité. Le travail accompli par Caregivers Nova Scotia doit être soutenu davantage qu'il l'est actuellement. Nous avons besoin de groupes de soutien aux fournisseurs de soins partout dans la province mais, pour ce faire, il faut du financement pour l'infrastructure, qui n'est pas toujours disponible. Nous devons faire plus pour soutenir les fournisseurs de soins, et nous devons instaurer, pour les aînés également, plus de programmes de jour pour adultes.

Community Links est extrêmement préoccupé par la question du transport et intervient à cet égard. Nous nous soucions particulièrement des aînés dans les régions rurales qui n'ont pas de moyen de transport. L'absence de moyen de transport réduit leurs options pour vieillir à l'endroit de leur choix. Community Links collabore étroitement avec la Nova Scotia Community-Based Transportation Association, qui s'emploie à offrir des options en matière de transport non seulement aux aînés, mais aussi aux personnes défavorisées et aux handicapés à la grandeur de la province. Nous travaillons aussi avec les groupes de pression environnementaux à cet égard. Le problème du transport ne touche pas que les aînés : c'est un problème lié à la pauvreté et à l'environnement, et nous croyons que les paliers municipal, provincial et fédéral doivent faire plus pour soutenir les options de transport qui sont nécessaires.

À une certaine époque, le gouvernement fédéral avait un programme régulier pour financer des fourgonnettes qui étaient utilisées par des associations communautaires de transport. Tout récemment, le gouvernement a injecté plus de fonds pour l'infrastructure afin de pallier les problèmes liés au transport, mais le fédéral doit offrir du soutien permanent aux collectivités canadiennes pour le transport.

Nous avions aussi certaines inquiétudes quant aux questions de diversité et aux besoins des aînés des communautés d'immigrants, auxquels on ne s'intéresse pas actuellement. Je pense que ce problème prendra de l'ampleur au Canada. La Nouvelle-Écosse est rarement perçue comme étant la province où il y a la plus forte concentration d'immigrants. Nous travaillons fort pour en faire venir plus et, si nous réussissons, nous devons prendre conscience

immigrant seniors are totally dependant upon their children because they are not eligible for Canadian supports. This often isolates them and perhaps creates some potential for problems that other senior Canadians do not have. As we become a more diverse society, we really need to address this issue as we look at the future of older adults in this country.

Since at one time I coordinated a volunteer resource centre in Newfoundland, the issue of volunteerism is very dear to my heart. I feel strongly that more needs to be done to support seniors to volunteer and those who are volunteering. In rural Nova Scotia, we see a real burnout among seniors who have been carrying the can in their communities for so many years that they just cannot do it anymore. There seems to be a perception that the emerging seniors or the baby boomers will not be engaged in the same way their predecessors were.

The idea of tax credits has been around for many years. Since the 1970s I have been hearing about tax credits as a solution for encouraging volunteerism. I think the idea has some merits, but we also have to realize that tax credits do not work for low-income people. It is certainly true for seniors that tax credits work better for rich Canadians than for poorer Canadians. Moreover, tax credits for organizations could be an infrastructure nightmare, just trying to keep track of people's hours, and they may create more trouble than they are worth. I think giving organizations the capacity to cover out-of-pocket expenses would encourage lower-income seniors to be engaged in volunteering more than perhaps tax credits would.

The Chair: Thank you. Before I move on to other senators, I would like to stay on the issue of tax credits. Ms. Murphy, you have clearly identified the dilemma that our committee finds itself in. We have heard clear testimony about the need for tax credits, but more recently we have been hearing the counter-argument that the smaller the organization, the more difficult it will be to keep track of these things. It is fine with Camp Hill, for example, with its 400 volunteers and several full, paid coordinators. There it becomes an easy thing to maintain, but with smaller organizations it is much more difficult. We have also heard the argument that tax credits benefit those who have tax payable, but they do not benefit those who do not have any tax.

When we were in Welland, a man from the audience came up to see me just as I was leaving and said, "Do you know that in Birmingham, England, transportation is totally free if you are over the age of 65?" He thought that this might be a way of addressing the issue of getting volunteers out and more active. However, you indicated in your testimony, Ms. Dostal, that some people cannot use public transportation. Canada is a different community than Birmingham, England. In Ottawa this winter, we had I think 436 centimetres of snow. No senior could get over the

que les besoins des aînés immigrants sont peut-être différents. Les immigrants aînés sont souvent entièrement dépendants de leurs enfants car ils ne sont pas admissibles aux mécanismes de soutien du Canada, ce qui contribue souvent à leur isolement et engendre éventuellement des problèmes que n'éprouvent pas d'autres aînés canadiens. Comme nous devenons une société plus diversifiée, nous devons vraiment nous attaquer à ce problème quand nous envisageons l'avenir des aînés au pays.

Puisque j'ai été à une certaine époque coordonnatrice d'un centre de ressources bénévoles à Terre-Neuve, le bénévolat est une question qui me tient beaucoup à cœur. Je crois fermement que plus d'efforts doivent être déployés pour aider les aînés à faire du bénévolat et ceux qui en font déjà. Dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse, nous constatons un réel épuisement chez les aînés, qui portent le fardeau dans leurs collectivités depuis tant d'années, ce qu'ils ne peuvent tout simplement plus faire. On semble croire que la prochaine génération d'aînés ou les baby-boomers ne s'engageront pas de la même manière que leurs prédécesseurs l'ont fait.

L'idée des crédits d'impôt existe depuis de nombreuses années. J'en entends parler comme d'une solution pour encourager les gens à faire du bénévolat depuis les années 1970. Je crois que l'idée présente certains avantages, mais nous devons aussi prendre conscience que les crédits d'impôt ne profitent pas aux personnes à faible revenu. Pour les aînés, c'est certainement vrai que les crédits d'impôt favorisent davantage les Canadiens aisés que les démunis. De plus, les crédits d'impôt pourraient être un cauchemar à appliquer pour les organisations, juste à essayer de tenir le compte des heures des gens, et ils pourraient causer plus de problèmes qu'ils n'en valent la peine. Je crois que donner aux organisations la capacité de couvrir les menues dépenses encouragerait plus les aînés à faible revenu à faire du bénévolat que les crédits d'impôt.

La présidente : Merci. Avant de céder la parole à d'autres sénateurs, j'aimerais continuer sur le sujet des crédits d'impôt. Madame Murphy, vous avez clairement exposé le dilemme devant lequel notre comité se trouve. Nous avons entendu des témoignages éloquentes sur la nécessité d'offrir des crédits d'impôt mais, plus récemment, on a fait valoir que plus l'organisation est petite, plus il lui sera difficile de garder un œil sur ces choses. C'est bon pour Camp Hill, par exemple, qui compte 400 bénévoles et plusieurs coordonnateurs rémunérés à plein temps. C'est facile pour ces organisations, mais ça l'est beaucoup moins pour celles de plus petite taille. On a aussi fait valoir que les crédits d'impôt profitent à ceux qui ont un revenu imposable, mais non pas à ceux qui ne paient pas d'impôt.

Quand nous étions à Welland, un homme dans l'auditoire est venu me voir au moment où j'allais partir et m'a dit : « Savez-vous qu'à Birmingham, en Angleterre, le transport est gratuit pour les personnes de plus de 65 ans? » Il croyait que ce pourrait être un moyen d'encourager les gens à faire du bénévolat et à être plus actifs. Toutefois, vous avez indiqué dans votre témoignage, madame Dostal, que certaines personnes ne peuvent pas utiliser le transport en commun. Le Canada est différent de Birmingham, en Angleterre. À Ottawa, nous avons reçu 436 centimètres de neige

snowbanks to get to the bus stops, and the bus stops were often the last places cleared. Help us out, please, and give us some ideas about where you think we should go.

Ms. Fancey: I would have to support the notion that tax credits should not be the only option, although I think they serve a role. They are easier to administer at a macro level. That also applies to financial compensation initiatives for caregivers. We have done quite a bit of work looking at tax credits for caregivers and have found the same kind of arguments that you are thinking about regarding volunteerism.

In terms of other options, would it be possible to provide support to organizations at the local level so that they have the capacity to manage and provide special transportation if that is required by individual clients? Even having sufficient accessible transportation throughout the province, especially in the rural communities, is still a challenge. We do have groups working on that, but we are far from having addressed that hurdle. I do not have many great ideas to offer on this particular problem.

Ms. Dostal: I am a little stymied as well. I wonder whether it would be workable to provide organizations with funds to enable them to reimburse senior volunteers for their expenses. It should be fairly easy to monitor those expenses; business and government keep track of mileage and so on all the time, but we just do not have the funds to do that. From a community perspective, funding is always an issue.

Ms. Murphy: Better transportation systems are certainly key. Community Links and Nova Scotia Community-Based Transportation Association are looking at a continuum, everything from active transportation, which is getting there by Shank's mare, to Dial-A-Ride Nova Scotia, where you can phone a transportation system that picks you up at your door and delivers you. Some of those systems are limited as to what they can provide service for; they can help for medical appointments or shopping for groceries, for example, but are not available for recreational activities. Others are not restricted because they have managed to get more resources, so they will pick up people for anything they want to go out to do.

We also need Dial-A-Ride systems to link to public transportation, to get people from their homes to the public transportation system. This is especially needed in rural areas for people who do not live along the transportation route, but it is also true in urban areas.

I do not know what we can do about the Canadian winter. Maybe we just abolish it. Maybe we just get a rope and pull us down a little bit further south. We will probably never be able to get people who have some mobility problems out in all Canadian weather. We just have to make sure that there are systems in place

cet hiver, je crois. Il n'y a pas un aîné qui pourrait se frayer un chemin dans les bancs de neige pour se rendre aux arrêts d'autobus, qui sont souvent les derniers endroits déneigés. Aidez-nous, s'il vous plaît, et donnez-nous des idées sur ce que vous croyez que nous devrions faire.

Mme Fancey : Je conviens que les crédits d'impôt ne devraient pas être la seule option, même si je crois qu'ils sont utiles. Ils sont plus faciles à gérer à plus grande échelle. Il en va de même pour les initiatives de compensation financière pour les fournisseurs de soins. Nous avons fait énormément de travail pour envisager des crédits d'impôt pour les fournisseurs de soins et avons trouvé le même genre d'arguments que vous concernant le bénévolat.

Quant à d'autres options, serait-il possible de fournir du financement aux organisations à l'échelle locale pour qu'elles aient la capacité de gérer et d'offrir des services de transport particuliers aux clients qui en ont besoin, le cas échéant? Il est encore difficile d'avoir suffisamment de modes de transport accessibles partout dans la province, surtout dans les collectivités rurales. Nous avons des groupes qui travaillent là-dessus, mais nous sommes loin d'avoir surmonté cet obstacle. Je ne déborde pas d'idées géniales pour ce problème particulier.

Mme Dostal : Je suis également un peu dans une impasse. Je me demande s'il serait possible de fournir des fonds aux organisations pour leur permettre de couvrir les frais des bénévoles. Ce serait assez facile de surveiller ces dépenses; les entreprises et le gouvernement tiennent le compte du kilométrage en permanence, entre autres, mais nous n'avons tout simplement pas les fonds pour le faire. Le financement constitue toujours un problème pour les collectivités.

Mme Murphy : De meilleurs systèmes de transport en commun sont certainement indispensables. Community Links et la Nova Scotia Community-Based Transportation Association envisagent de mettre en place un ensemble, allant du transport actif, c'est-à-dire se rendre du point A au point B à pied, jusqu'au programme Dial-A-Ride Nova Scotia, où vous pouvez appeler un service de transport et quelqu'un viendra vous chercher chez vous et vous ramènera. Certains de ces systèmes sont limités quant aux services qu'ils peuvent offrir; ils peuvent aider les gens à se rendre à leurs rendez-vous chez le médecin ou aller à l'épicerie, par exemple, mais ne sont pas disponibles pour accompagner les gens à des activités récréatives. D'autres ne sont pas limités car ils ont réussi à obtenir plus de ressources, si bien qu'ils iront chercher les gens peu importe la raison.

Il nous faudrait également des systèmes de transport adapté pour faire le lien avec le transport public, pour permettre au gens de se rendre aux points de service du transport en commun. Le besoin est particulièrement marqué dans les régions rurales, quand les gens ne vivent pas sur l'itinéraire de transport, mais c'est vrai aussi dans les régions urbaines.

Je ne sais pas ce que nous pouvons faire contre l'hiver canadien. Nous pourrions peut-être simplement l'abolir. Nous pourrions aussi prendre une corde et nous laisser glisser un peu plus vers le sud. Nous n'arriverons probablement jamais à permettre aux personnes qui ont des problèmes de mobilité de

so that most of the time they can get to the programs they want to attend. We have to provide for more sustainable, consistent transportation services.

In terms of supporting volunteers, we really, for many organizations, it would be a big help to have some core funding that they can count on from year to year. Even if it is not a great deal, if they can count on core funding and they do not have to spend all their time and effort raising funds for next year, that might allow them to put more effort into ensuring that they have some of their funds available to support their volunteers. There are no simple solutions, I am afraid.

The Chair: We did not think so, but thank you.

Senator Mercer: Thank you all for being here. As Senator Carstairs has already acknowledged, we should have come here first today, because then we would have gotten all these good new ideas quickly. I will leave my questions about the program at Mount Saint Vincent to Senator Cordy, but I am impressed that we have the program there.

Regarding the volunteer resource centre that was shut down due to lack of funds, I want you to refresh our memory. Who funded it, when did funding stop, and how long did it take from the time funding stopped to the time that the resource centre had to close?

Ms. Murphy: It closed in December 2001.

Ms. Dostal: I think the funding was provincial, was it not?

Ms. Murphy: I think it was provincial.

Senator Mercer: Would that have been the previous government? The current Nova Scotia government has been there for a while in various incarnations, whether the end of Premier Hamm or Premier MacDonald. Was it before Premier Hamm?

Ms. Murphy: In 2001? Yes, it would have been Premier John Hamm.

Senator Mercer: He would have been there in 2000. I am curious, in the context of the politics of everything, that within in the same government a program that was working sort of disappeared.

I am interested in the *Strategy for Positive Aging* document. I would like to make sure that we have a copy of that so that I can have a look at it.

Ms. Murphy told us that previous governments made some progress, but there have been steps back. I want to get the right benchmarks here so that we do not miss an opportunity. When that progress was made, was that when the secretary of state position was designed for seniors and for volunteers? Is that the era you are referring to?

sortir dans toutes les conditions météorologiques au Canada. Il faut simplement mettre en place des systèmes pour que la plupart du temps, elles puissent se rendre là où elles veulent. Il faut offrir des services de transport plus durables et stables.

Pour aider les bénévoles, nous croyons vraiment qu'il serait très utile pour beaucoup d'organismes de leur assurer un financement de base sur lequel ils peuvent compter d'une année à l'autre. Même si ce n'était pas beaucoup, s'ils pouvaient compter sur du financement de base et qu'ils n'avaient plus besoin de consacrer tout leur temps et leurs efforts à lever des fonds pour l'année suivante, ils pourraient essayer de mettre des fonds à la disposition de leurs bénévoles. Il n'y a pas de solution simple, j'en ai bien peur.

La présidente : Nous ne pensons pas, non, mais je vous remercie.

Le sénateur Mercer : Je vous remercie tous d'être ici. Comme le sénateur Carstairs l'a déjà souligné, nous aurions dû venir ici en premier lieu aujourd'hui parce que nous aurions entendu toutes ces bonnes idées nouvelles plus vite. Je vais laisser le sénateur Cordy vous interroger sur le programme de Mount Saint Vincent, mais je suis impressionné qu'il y ait un programme là-bas.

Au sujet du centre de ressources pour les bénévoles qui a été fermé faute de fonds, j'aimerais que vous nous rafraîchissiez la mémoire. Qui le finançait? Quand le financement a-t-il arrêté? Combien de temps a-t-il fallu après la fin du financement pour que le centre de ressources doive fermer ses portes?

Mme Murphy : Il a fermé en décembre 2001.

Mme Dostal : Je pense que le financement venait de la province, n'est-ce pas?

Mme Murphy : Je pense qu'il venait de la province.

Le sénateur Mercer : Venait-il de l'ancien gouvernement? Le gouvernement actuel de la Nouvelle-Écosse est là depuis un bout de temps sous diverses formes, c'était soit à la fin du règne du premier ministre Hamm ou pendant celui du premier ministre MacDonald. Était-ce avant le premier ministre Hamm?

Mme Murphy : En 2001? Oui, c'était le premier ministre John Hamm qui était là.

Le sénateur Mercer : Il aurait été là en 2000. Je suis curieux de comprendre pourquoi, dans le contexte politique global, au sein du même gouvernement, un programme qui fonctionnait a pour ainsi dire disparu.

J'aimerais en savoir plus sur le document intitulé *Strategy for Positive Aging*. J'aimerais que nous en ayons un exemplaire pour y jeter un coup d'œil.

Mme Murphy nous a dit que les gouvernements précédents avaient fait des progrès, mais qu'ils avaient reculé aussi. J'aimerais me repérer comme il faut pour ne pas rater une occasion d'agir. Quand les choses ont progressé, était-ce quand on a créé le poste de secrétaire d'État aux aînés et aux bénévoles? Est-ce la période dont vous parlez?

Ms. Murphy: The last government had a minister for seniors who did a lot of work and brought together key stakeholders from across the country around caregiving issues. Work was being done on a caregiving strategy for the country, and there was a lot of hope in the caregiving communities that this would finally address some of the issues that had been plaguing caregivers for a number of years.

Senator Mercer: That would have been Minister Ianno, I believe.

Ms. Murphy: Under Ken Dryden, yes.

Senator Mercer: He was the junior minister, right?

Ms. Murphy: Yes.

Senator Mercer: It seems to me that we were headed in the right direction. We did not have the answers, but we were moving in the right direction.

Ms. Murphy: We were heading in the right direction. However, governments change; you take a few steps back, and then you hope that we will move forward again, but I think it was a real blow, especially to the people working in the caregiving field. One of our board members was very involved in the process, and she was quite discouraged after so much work had been done that it all seemed to drop off the radar again. It does not mean it does not get back on the radar, but it is frustrating.

Senator Mercer: No, it does not. Government does work in slow ways. As Lenin said, it is two steps forward, one step back.

Ms. Murphy: Yes.

Senator Mercer: Now we have got to take those two steps forward again.

Everywhere we have gone we have heard about the transportation issue, and Senator Carstairs spoke about the Birmingham example in England. In Welland on Friday we heard about public transit.

What would you think of our recommending a program where all GIS recipients would be given a free transit pass in all municipalities so that they could hop on the bus to wherever whenever they want? Of course, we recognize that in most rural areas there is no public transit. The exception is the Annapolis Valley in Nova Scotia.

Ms. Murphy: Yes, Kings Transit.

Senator Mercer: Kings Transit goes down through Digby, which is an exception to the rule. Do you think this would be a positive thing? Would it help remove the transportation barrier for seniors?

Ms. Murphy: It would support seniors in urban areas, but as you said it would not address the issue of rural seniors. Halifax is talking about having routes within the core of the city that will be free for everybody; that service exists in the summer now, mainly geared at tourists. They are thinking of expanding the number of

Mme Murphy : Dans le dernier gouvernement, il y avait un ministre responsable des aînés qui a fait beaucoup de choses et qui a rassemblé les principaux intervenants du pays pour réfléchir aux soins. Ils voulaient élaborer une stratégie nationale sur les soins, et le milieu des soins espérait beaucoup qu'elle règle certains des problèmes qui accablaient les fournisseurs de soins depuis des années.

Le sénateur Mercer : C'était le ministre Ianno, si je ne me trompe pas.

Mme Murphy : À l'époque de Ken Dryden, oui.

Le sénateur Mercer : Il était ministre de second rang, n'est-ce pas?

Mme Murphy : Oui.

Le sénateur Mercer : J'ai l'impression que nous étions sur la bonne voie. Nous n'avions pas de réponse, mais nous étions sur la bonne voie.

Mme Murphy : Nous étions sur la bonne voie. Cependant, les gouvernements changent; on recule de quelques pas, puis on espère avancer de nouveau, mais je pense que cela a été un vrai coup dur, surtout pour les personnes qui travaillent dans le milieu des soins. Une des membres de notre conseil s'est beaucoup investie dans le processus et elle a été très découragée qu'après autant de travail, la question semble de nouveau tomber dans l'oubli. Cela ne signifie pas qu'elle ne reviendra pas à l'ordre du jour, mais c'est frustrant.

Le sénateur Mercer : Non, ce n'est pas ce que cela veut dire. Le gouvernement travaille de façon bien lente. Comme Lénine le disait, pour deux pas en avant, on fait un pas en arrière.

Mme Murphy : Oui.

Le sénateur Mercer : Maintenant, il faut faire deux autres pas en avant.

Partout où nous nous rendons, nous entendons parler du problème de transport, et le sénateur Carstairs a donné l'exemple de Birmingham, en Angleterre. À Welland, vendredi, on nous a parlé du transport en commun.

Que diriez-vous si nous recommandions que tous les bénéficiaires du SRG reçoivent un laissez-passer de transport en commun gratuit dans toutes les municipalités pour pouvoir se rendre où qu'ils veulent quand ils le veulent par autobus? Bien sûr, nous reconnaissons que dans la plupart des régions rurales, il n'y a pas de transport en commun, sauf dans la vallée de l'Annapolis, en Nouvelle-Écosse.

Mme Murphy : Oui, le Kings Transit.

Le sénateur Mercer : Le Kings Transit passe par Digby, ce qui fait exception à la règle. Pensez-vous que ce pourrait être positif ailleurs? Ce service contribuerait-il à lever la barrière du transport pour les aînés?

Mme Murphy : Cela aiderait les aînés dans les régions urbaines, mais comme vous l'avez dit, cela ne réglerait pas le problème pour les aînés en région rurale. La ville de Halifax envisage d'offrir des services gratuits au centre-ville pour tous; ce service est déjà offert l'été et vise surtout les touristes. On envisage

routes, and I think that probably will happen more in metropolitan areas. In Portland, Oregon, for instance, there is free transportation in all the downtown core. That does not address our problems of snowbanks and so on, but it would be worth looking at.

Senator Mercer: Yes, I think we will have to live with the snowbanks no matter where we are. My son is a student at Saint Mary's University, and as part of his registration he gets a free transit pass. That seems to work well for the university and for the students. Why would it not work well for seniors? It seems like a logical leap from my point of view. We do have to recognize that urban dwellers have an advantage over rural people, which might suggest a transportation tax credit focused on rural Canadians as opposed to people who have access to public transit.

Senator Cordy: Thank you all very much for coming bright and early on a Monday morning. My first question deals with the guaranteed annual income that at least one of you mentioned. Ms. Murphy, you mentioned also your board saying that poverty for all ages should be addressed, and I agree with that. If you are poor at ages 40 and 50, then you are likely to be poor at ages 60, 70 and 80.

We have heard people propose a guaranteed annual income, and you made reference to it this morning. I am on another committee studying urban areas, and we have been looking at poverty, in particular. We have talked about guaranteed annual incomes. I believe Conservative Senator Hugh Segal has a motion to talk about replacing all of our other social network programs with a guaranteed annual income. However, on the other committee, we heard from the National Anti-Poverty Organization, and they were greatly concerned by this idea that the guaranteed annual income would replace all other programs, because there would be no Employment Insurance for people off on sick leave or no parental leave, and the mother or father might not be entitled to receive benefits under a guaranteed annual income because the family income would be above the cut-off point.

How much have you looked into a guaranteed annual income? At face value it sounds very good, but has your board looked beyond the face value at the implications it could have for other social programs?

Ms. Murphy: No, I will not say that we have. I think the board's main concern was trying to address the issue of poverty. Whether a guaranteed annual income is the best way to do that, we have not done enough research or given it enough thought. When we were discussing your first report, the guaranteed annual income came up as a possibility, but obviously there are all kinds of implications that we have not thought through.

The real issue is poverty. As you said, people who are poor at age 20 are often likely to be poor when they are elderly. Also, we really have to deal with the issue of disparity between the rich and the poor in this country. That gap is not getting better; it is getting worse. We have not even dealt with the issue of child poverty

d'augmenter le nombre de parcours, et je pense que le phénomène risque de devenir plus fréquent dans les régions métropolitaines. À Portland, en Oregon, par exemple, le transport en commun est gratuit dans tout le centre-ville. Cela ne règle pas nos problèmes de bancs de neige, mais il vaudrait la peine d'envisager la chose.

Le sénateur Mercer : Oui, je pense que nous devons vivre avec les bancs de neige où que nous soyons. Mon fils étudie à l'Université Saint Mary's, et son inscription lui donne droit à un laissez-passer gratuit. Ce système semble bien fonctionner pour l'université et les étudiants. Pourquoi ne fonctionnerait-il pas aussi bien pour les personnes âgées? D'après moi, il serait logique de faire le saut. Il faut admettre que les habitants des villes ont un avantage sur les habitants des campagnes, ce qui pourrait nous pousser à créer un crédit d'impôt pour le transport qui ciblerait les Canadiens des régions rurales plutôt que les personnes qui ont accès au transport en commun.

Le sénateur Cordy : Je vous remercie tous d'être là, frais et dispos si tôt un lundi matin. Ma première question porte sur le revenu annuel garanti qu'au moins l'une de vous a mentionné. Madame Murphy, vous avez également mentionné que selon votre conseil, il faut lutter contre la pauvreté dans toutes les tranches d'âge, et je suis d'accord avec vous. Une personne pauvre à 40 ans et à 50 ans risque fort d'être pauvre à 60, 70 et 80 ans.

Certaines personnes ont proposé l'adoption d'un revenu annuel garanti, et vous y avez fait allusion ce matin. Je siége à un autre comité qui étudie la situation dans les villes, et nous nous penchons tout particulièrement sur la pauvreté. Nous avons parlé du revenu annuel garanti. Je pense que le sénateur conservateur Hugh Segal a préparé une motion visant à remplacer tous nos autres programmes de réseau social par un revenu annuel garanti. Cependant, à cet autre comité, l'Organisation nationale anti-pauvreté a dit craindre beaucoup qu'un revenu annuel garanti remplace tous les autres programmes parce qu'il n'y aurait pas d'assurance-emploi pour les personnes en congé de maladie ni de congés parentaux, et la mère ou le père pourrait ne pas avoir droit aux prestations de revenu annuel garanti parce que la famille a un revenu supérieur au seuil établi.

À quel point avez-vous envisagé la possibilité d'un revenu annuel garanti? À première vue, c'est très tentant, mais votre conseil a-t-il creusé la question pour étudier toutes les incidences qu'il aurait sur les autres programmes sociaux?

Mme Murphy : Non, nous ne l'avons pas fait. Je pense que la principale préoccupation du conseil, c'est de régler le problème de la pauvreté. Nous n'avons pas encore fait assez de recherches ni assez réfléchi pour déterminer si le revenu annuel garanti serait la meilleure solution. Quand nous avons discuté de votre premier rapport, le revenu annuel garanti est apparu comme une possibilité, mais de toute évidence, il y a toutes sortes d'incidences auxquelles nous n'avons pas réfléchi en profondeur.

Le véritable enjeu est la pauvreté. Comme vous l'avez dit, les personnes qui sont pauvres à 20 ans sont souvent susceptibles de l'être encore quand elles seront vieilles. Il faut aussi vraiment nous attaquer au problème de la disparité entre les riches et les pauvres au Canada. L'écart ne s'amenuise pas, il se creuse. Nous n'avons

when we said we would do that by the year 2000. We are a rich country. There has to be some way that we can deal with the issue of poverty for all ages.

Senator Cordy: Ms. Fancey, did your centre look at all at a guaranteed annual income or just at dealing with poverty overall for seniors?

Ms. Fancey: We have not done much work on that area, so I do not feel comfortable commenting.

Senator Cordy: Ms. Murphy, I have heard of your program "Preventing Falls Together." I have seen it advertised, and I think it is pretty successful. My question is not specifically about that program, but about programs overall for seniors. How do we educate seniors about the programs that are available to them? I am currently working on a speech for the Senate on the number of seniors who are not aware of their eligibility for Canada Pension Plan and the related Guaranteed Income Supplement. How do we ensure that seniors are aware of programs that are available to them? For instance, I thought everybody was aware of CPP, but then we hear about people who are not aware that when their spouse dies they are entitled to their spouse's benefits. In Welland last week we heard about a community group that talks to seniors individually about programs, which seems to be one way of dealing with it. With respect to CPP in Quebec, there is a theory that almost no people are not picking up CPP, in other words everyone is, because Quebec has a five-year retroactivity clause, so that if you do not receive it and you are entitled, then you go back for five years. In all the other provinces, if you are entitled to CPP but have not been receiving it, the retroactivity is only 11 months. If government has to go back five years, maybe that is an incentive to make sure that people are aware of what they are entitled to. I know your program is working, but how have you made it work?

Ms. Murphy: We have taken a population health approach. We are doing small things in the community, working with groups that work with seniors, and we are trying to get them to change what they do; we are not working directly with the seniors. Our program works with organizations that work with seniors. Our coalition members would be Victoria Order of Nurses, seniors' safety programs, and community health boards. We are asking them to change what they are doing and to get the message out in their own programs around falls prevention and to make changes in their own facilities and how they deal with safety issues within their own programs. That is the approach we are taking. We do not see it so much as getting information out as changing society a small step at a time. We try to get municipalities to put more lighting in places where seniors might trip or to fix sidewalks, for example. We try to get groups that are going into seniors' homes anyway to look at them from the falls prevention perspective, so that they are making changes around falls.

même pas encore réglé le problème de la pauvreté chez les enfants, même si nous avions dit que nous le ferions avant l'an 2000. Nous sommes un pays riche. Il doit y avoir moyen d'éliminer la pauvreté à tous les âges.

Le sénateur Cordy : Madame Fancey, votre centre a-t-il vraiment étudié le revenu annuel garanti ou se penche-t-il simplement sur la pauvreté en général chez les personnes âgées?

Mme Fancey : Nous n'avons pas beaucoup étudié la question, donc je ne me sens pas à l'aise de prendre position.

Le sénateur Cordy : Madame Murphy, j'ai entendu parler de votre programme « Preventing Falls Together ». J'ai vu vos publicités, et je pense que c'est un programme assez fructueux. Ma question ne porte pas sur ce programme, vraiment, mais sur les programmes destinés aux aînés en général. Comment faire pour informer les aînés des programmes qui leur sont offerts? Je suis en train de préparer un discours pour le Sénat sur le nombre de personnes âgées qui ne sont pas au courant qu'elles sont admissibles au Régime de pensions du Canada et au Supplément de revenu garanti connexe. Comment faire pour que les aînés soient au courant des programmes qui leur sont offerts? Par exemple, je pensais que tout le monde connaissait le RPC, mais voilà qu'on entend parler de gens qui ne sont pas au courant que quand leur conjoint décède, ils ont droit à ses prestations. À Welland, la semaine dernière, nous avons entendu parler d'un groupe communautaire qui parle aux aînés individuellement des programmes, ce qui semble être une façon de faire. Au Québec, il y a une théorie selon laquelle presque personne ne reçoit pas son RPC. Autrement dit, tout le monde en bénéficie, parce qu'au Québec, il y a une disposition de rétroactivité de cinq ans, donc si une personne n'a pas reçu de prestations et qu'elle y avait droit, elle peut remonter jusqu'à cinq ans en arrière. Dans toutes les autres provinces, si une personne a droit au RPC mais qu'elle ne reçoit pas de prestations, la rétroactivité n'est que de 11 mois. Si le gouvernement doit reculer de cinq ans, c'est peut-être un incitatif à faire en sorte que les gens sachent à quoi ils ont droit. Je sais que votre programme fonctionne, mais comment faites-vous pour qu'il fonctionne?

Mme Murphy : Nous avons décidé de mettre l'accent sur la santé de la population. Nous faisons de petites choses dans la collectivité, nous travaillons avec les groupes qui interviennent auprès des aînés et essayons de leur faire changer leurs façons de faire; nous ne travaillons pas directement avec les aînés. Notre programme se déploie au sein des organisations qui travaillent avec les aînés. Les membres de notre coalition sont les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada, les programmes de sécurité des aînés et les conseils communautaires de santé. Nous leur demandons de changer leurs façons de faire et de faire passer le message par leurs propres programmes sur la prévention des chutes ainsi que d'apporter les modifications nécessaires à leurs installations et aux mécanismes de sécurité intégrés à leurs propres programmes. C'est notre stratégie. Nous ne nous concentrons pas tant sur l'information que sur le besoin de changer la société petit à petit. Nous essayons de pousser les municipalités à éclairer davantage les endroits où les personnes âgées risquent de trébucher ou à installer des trottoirs, par exemple. Nous

I believe Ms. Dostal is on the coalition here in Halifax.

Ms. Dostal: No.

Ms. Murphy: I thought you were. We are getting malls to put in seniors' parking spaces. Those are the sorts of things we are doing in our Preventing Falls Together program.

The fact that seniors do not know about their entitlements to programs was raised at our board meeting. I think that you can work with the groups that work with seniors to make sure that those groups have the information so that they can let people know individually about their entitlements. However, there are infrastructure needs there. Ms. Dostal cannot do it all within her facility. There may be seniors groups in the community that would be happy to do it, but they might need a bit more infrastructure and support to make sure that they can get the information out to the seniors they work with.

Also, we all struggle with getting information out to isolated seniors. They do not come to programs. We have no way of getting them to come to programs, and they are the ones who are probably not getting the message.

In all the 30 years I have been working in the community, I have been asking about how we get through to isolated seniors. We have still not come up with the answers for getting information out to seniors who are not connected through community groups, churches or other organizations.

We should use churches more, because a lot of seniors still go to church. We should get the churches doing more around getting information out to seniors. Some of them do it, but it is a struggle to get that information. People listen to information only when it seems important to them.

The Chair: Colleagues, we have come to the end of our time. Senator Cools, do you have a quick question?

Senator Cools: I will keep my questions for later. I will just make a little statement. First of all, thank you to the three of you for serving your community as well as you do and for making the effort to appear before us today.

Since we are in Halifax, I would like to highlight the fact that there are three senators at this table who have natal ties to Halifax; obviously, Nova Scotia is well represented in the Senate of Canada. I want to thank those senators for their good service

essayons de convaincre les personnes qui se rendent chez les personnes âgées de toute façon de les aider à prévenir les chutes pour qu'elles apportent les changements nécessaires.

Je pense que Mme Dostal fait partie de la coalition, ici à Halifax.

Mme Dostal : Non.

Mme Murphy : Je pensais que vous en faisiez partie. Nous incitons les centres commerciaux à aménager des espaces de stationnement pour les personnes âgées. C'est le genre de choses que nous faisons dans le cadre de notre programme pour prévenir les chutes.

Le fait que les aînés ne sont pas au courant des programmes auxquels ils ont droit a été mentionné à notre réunion du conseil. Je pense qu'on peut travailler avec les groupes qui interviennent auprès des personnes âgées afin que ces groupes puissent informer les aînés individuellement de ce à quoi ils ont droit. Il doit toutefois y avoir une certaine infrastructure. Mme Dostal ne peut pas tout faire de son centre. Il pourrait y avoir des groupes de personnes âgées dans la communauté qui seraient prêts à faire leur part, mais ils ont peut-être besoin d'un peu plus d'infrastructure et d'aide pour pouvoir transmettre l'information aux aînés avec qui ils travaillent.

Nous cherchons aussi des moyens de renseigner les personnes âgées isolées. Elles ne participent pas à nos programmes. Nous n'avons aucun moyen de les inciter à participer aux programmes, et ce sont probablement les personnes qui ne reçoivent pas le message.

Je travaille dans la communauté depuis 30 ans et je me demande toujours comment faire pour atteindre les personnes âgées isolées. Nous n'avons toujours pas de réponse quant à la façon de transmettre l'information aux aînés qui ne sont pas liés à nos groupes communautaires, à nos églises ou à d'autres organismes.

Nous devrions utiliser davantage les églises, parce que beaucoup de personnes âgées les fréquentent. Nous devrions pousser les églises à en faire plus pour informer les personnes âgées. Certaines font leur part, mais l'information est toujours difficile à faire passer. Les gens ne sont à l'écoute que quand le message leur semble important.

La présidente : Chers collègues, le temps dont nous disposons tire à sa fin. Madame Cools, avez-vous une brève question à poser?

Le sénateur Cools : Je vais réserver mes questions pour plus tard. Je ne vais faire qu'une brève déclaration. Premièrement, je vous remercie toutes les trois d'être autant au service de votre communauté et d'avoir fait l'effort de venir comparaître devant nous aujourd'hui.

Comme nous sommes à Halifax, j'aimerais souligner qu'il y a trois sénateurs ici qui sont natifs de Halifax. Bien sûr, la Nouvelle-Écosse est bien représentée au Sénat du Canada. Je tiens à remercier ces sénateurs de leurs bons services et à garantir aux

and to reassure the witnesses as they go back to their daily work that they can rest assured that there are people in the Houses of Parliament taking their interests to heart and beating those drums on their behalf.

I will end there for now. I want to carry on some of the points on elder abuse and so on, but we will have ample opportunity. I think it is important that we do stay on time.

The Chair: Thank you, Senator Cools, and thank you Ms. Fancey, Ms. Dostal and Ms. Murphy. Your comments have been very helpful to our deliberations.

We now welcome Dr. David Martell from the Lunenburg Medical Centre, and Dr. Chris MacKnight and Dr. Ken Rockwood from Dalhousie University. We heard about Dr. Rockwood earlier today because we were at Camp Hill; he is already infamous.

Dr. David Martell, Lunenburg Medical Centre, as an individual: Good morning. I will preface my remarks by saying that it will be difficult to hold me to five minutes, so please feel free to cut me off.

Incidentally, a reference was made earlier to Kings Transit. This is one of the mandates I was given to come here. Kings Transit actually goes all the way to Weymouth. It costs \$3 for a ride that can bring you hundreds of miles. We are trying to model what we have envisioned for the South Shore on Kings Transit. It has been a great success.

What the heck do I know about aging? I have to say that at the outset. I am 36 years old. I am a family doctor practising in the wonderful little town of Lunenburg. It is nice to see Dr. MacKnight here so I am not the only fresh face. I have a child, a four-year-old. I have parents in their early 60s. Both my parents have had life threatening illnesses in the past 10 years, and I am anticipating the day when their caregiver will be one of their six children, perhaps me. That leads me to reflect on what it might mean to my child when I become aged.

In my own practice, I have interest in addictions. I am the medical director of the addiction unit at Fishermen's Memorial Hospital in Lunenburg. We have individual practices, but we are envisioning collaborative care. Primary care reform is one of my interests, and we have registered a proposal with the health department to develop a community health centre model to that end.

For three years now I have been pursuing an interest in electronic patient records and office efficiency. I sit on the Lunenburg County Community Health Board and have sat on that board for two years. In my spare time, I am a volunteer. I run an international charity.

I would like to relate briefly some personal stories about aging within my own family. In 1984, my grandfather passed away suddenly. He was a very unhealthy man. He was 65 years old. He had been retired for two weeks. The fortunate thing with him was

témoins qui s'apprêtent à retourner à leur routine que les personnes qui siègent aux chambres du Parlement ont leurs intérêts à cœur et qu'elles les défendent.

Je vais m'arrêter ici pour tout de suite. J'aimerais aborder la violence faite aux aînés, entre autres, mais nous en aurons amplement le temps. J'estime important que nous respections notre horaire.

La présidente : Merci, sénateur Cools, et merci, Mmes Fancey, Dostal et Murphy. Vos observations sont très utiles pour nos délibérations.

Nous accueillons maintenant le Dr David Martell, du Centre médical de Lunenburg, ainsi que le Dr Chris MacKnight et le Dr Ken Rockwood, de l'Université Dalhousie. Nous avons déjà entendu parler du Dr Rockwood aujourd'hui puisque nous sommes passés par Camp Hill, où il est déjà impopulaire.

Dr David Martell, Centre médical de Lunenburg, à titre personnel : Bonjour. Je vais dire, en guise de préambule, qu'il sera difficile de m'en tenir à cinq minutes, donc n'hésitez pas à me couper la parole.

Soit dit entre parenthèses, on a mentionné le Kings Transit. C'est l'un des mandats qui m'a été confié pour que je vienne ici. Le Kings Transit se rend jusqu'à Weymouth. Il en coûte 3 \$ pour un trajet qui peut s'étendre sur une centaine de milles. Nous essayons de nous inspirer du Kings Transit dans la région de South Shore. C'est une grande réussite.

Qu'est-ce que je peux bien savoir du vieillissement? Je dois le dire d'entrée de jeu : j'ai 36 ans. Je suis un médecin de famille qui exerce la médecine dans la merveilleuse petite ville de Lunenburg. Je suis content de voir le Dr MacKnight ici, donc je ne suis pas le seul visage jeune. J'ai un enfant de quatre ans. Mes parents sont dans la jeune soixantaine. Les deux ont eu des maladies qui ont menacé leur vie au cours des dix dernières années, et je vois déjà venir le jour où l'un de leurs six enfants devra en prendre soin, peut-être moi. Cela me porte à réfléchir à la situation à laquelle mon propre enfant sera confronté quand je serai vieux.

Dans l'exercice de ma profession, je m'intéresse aux dépendances. Je suis le directeur médical du service de toxicomanie du Fishermen's Memorial Hospital de Lunenburg. Les médecins y exercent leur profession chacun de leur côté, mais ils envisagent la possibilité de collaborer dans la prestation des soins. Je m'intéresse particulièrement à la réforme des soins primaires, et nous avons déposé auprès du ministère de la Santé une proposition visant à développer un modèle de centre de santé communautaire à cette fin.

Depuis trois ans déjà, je m'intéresse aux dossiers électroniques des patients et à l'efficacité du bureau. Je suis membre du Lunenburg County Community Health Board depuis deux ans. Durant mes heures libres, je fais du bénévolat. Je dirige une œuvre de bienfaisance internationale.

J'aimerais vous relater brièvement certains faits au sujet du vieillissement que j'ai observés au sein de ma propre famille. En 1984, mon grand-père, âgé de 65 ans et à la retraite depuis deux semaines, qui était loin d'être en santé, est décédé subitement. Il a

that he died suddenly and unexpectedly. He did not burden the health care system very much. When he died, my grandmother came to live with our family. There were six children; both my parents were school teachers, but my mom stayed at home to take care of kids for 10 years. I think at that time that was the norm, though I do not see that very much these days. I do see caregiver burden at a distance, but not within one's own home, and even in my lifetime I have seen that change.

My grandmother lived to be 70 years old. She, too, died suddenly of a heart attack and was absolutely no burden on the health care system. If we had not had her in our own home, I do not know whether that would have been the case. From a cultural standpoint, I think things have changed very much.

On the opposite side of my family, things were very, very different. My grandmother developed Alzheimer's in the early 1980s and struggled for the better part of 10 years deteriorating with Alzheimer's. My grandfather refused to have her anywhere but the home, and he and everybody around him failed. The caregiver burden was overwhelming. He himself is now in a nursing home, and there is a struggle to help take care of him. He needs extra care that the staff in the nursing home cannot provide.

My other experience was in my practice, and it is rather delicate to talk about. I have had direct experience with a case involving the international abduction of a demented patient, which has been brought to light in the province.

The work of this committee is fantastic. I did not know about this committee, and that is part of what I would like to discuss in my remaining 30 seconds. I would like the work of this committee to be well-known. I think it is important. I think it is probably more important than anything else happening in this country right now. Whatever name is given to the report generated by this committee, I would like to see it as flashy and as sexy as Romanow or Kirby. I think that would go a long way.

Part of the mandate of this committee is to spread awareness and understanding of the issues. I do not know that we are completely unaware of what happens in this country from the standpoint of aging, but it is so all-encompassing. It is overwhelming. We do not spend much time reflecting on it.

I do not know who else has given testimony to this committee. If I were to invite people to a table like this, I would invite academics, philosophers, ethicists. These people are a lot smarter than I am. They have given a lot of thought to the problems we are facing, whereas I can speak only from experience.

I will end with the one statistic that always sticks in my mind. As a family doctor, the main focus of what I do is directed toward disease, which is aging gone bad. I have been told that 97 per cent of all health care dollars are directed at disease treatment, picking

été chanceux en ce sens qu'il est mort subitement, alors qu'on ne s'y attendait pas. Il n'a pas imposé un trop lourd fardeau au système de santé. Quand il est mort, ma grand-mère est venue habiter avec nous. Mes parents étaient tous deux des enseignants, mais ma mère a cessé d'enseigner pendant dix ans pour demeurer à la maison et prendre soin des six enfants. À l'époque, c'était la norme, mais cela ne se fait plus beaucoup. On continue de s'occuper de sa famille, mais à distance, à l'extérieur, plutôt qu'à la maison, comme j'ai pu moi-même le constater.

Ma grand-mère a vécu 70 années. Elle aussi est morte subitement d'un arrêt cardiaque et n'a jamais représenté un fardeau pour le système de santé. Si elle n'avait pas habité avec nous, j'ignore s'il en aurait été de même. D'un point de vue culturel, je crois que la situation a beaucoup changé.

De l'autre côté de la famille, tout s'est déroulé de manière très différente. Ma grand-mère a commencé à faire de l'Alzheimer au début des années 1980 et pendant une bonne partie des dix années qui ont suivi, elle a dû lutter contre la détérioration causée par la maladie. Mon grand-père refusait de la placer, mais il a bien dû le faire, à cause de la lourdeur des soins à prodiguer. Lui-même vit maintenant dans un centre d'hébergement de longue durée, et il n'est pas facile à soigner. Il a besoin de plus d'attention que ce que peut lui donner le personnel du centre d'hébergement.

Le reste de mon expérience me vient de l'exercice de ma profession, de sorte qu'il est un peu délicat d'en parler. J'ai moi-même vécu un incident engageant l'enlèvement international d'une patiente démente dont il a été beaucoup question dans la province.

Le travail que fait votre comité m'épate. En fait, j'ignorais tout de votre existence jusqu'à tout récemment, et c'est ce dont j'aimerais vous parler dans les 30 secondes qu'il me reste. J'aimerais que les travaux de votre comité soient bien connus. C'est important. C'est probablement plus important que toute autre chose au Canada actuellement. Et quel que soit le titre du rapport que vous publierez, je souhaite qu'il soit aussi accrocheur que celui du rapport Romanow ou du rapport Kirby et qu'il retienne autant l'attention. Je crois que cela contribuerait beaucoup à la situation.

Une partie de votre mandat est de sensibiliser davantage la population aux enjeux et de les faire connaître. Je ne suis pas sûr que nous soyons tout à fait inconscients de ce qui se passe au Canada du point de vue du vieillissement, mais le phénomène couvre tout. Il est d'une ampleur écrasante. Nous ne consacrons pas beaucoup de temps à y réfléchir.

J'ignore qui d'autre est venu témoigner devant votre comité. Si je devais inviter des personnes à une tribune comme la vôtre, je me tournerais vers des chercheurs universitaires, des philosophes, des éthiciens, des personnes qui sont beaucoup plus intelligentes que moi et qui ont beaucoup réfléchi aux problèmes auxquels nous faisons face, alors que je ne puis parler que de ma propre expérience.

Je vais conclure ma déclaration en vous citant une donnée statistique que j'ai constamment à l'esprit. En tant que médecin de famille, je me consacre essentiellement à traiter la maladie, c'est-à-dire à une vieillesse qui se déroule mal. On m'a dit que 97 p. 100

up the pieces after things are broken. Only 3 per cent is put toward prevention and the idea of health. I think we need to flip on its head how we think of health care. It should be health first.

The Chair: Thank you. I hope it will give you some comfort to know that we have heard from academics, philosophers and ethicists.

Dr. Ken Rockwood, Professor of Geriatric Medicine, Dalhousie University, as an individual: Thank you for the opportunity to talk to you today. At the moment I am attending on the general interim medicine ward. The 16 patients on my list this morning ranged in age from a person in their fifties to people in their nineties; the median age of people on the ward this morning was 79 years. Right now I am immersed in the details of aging and illness. However, it seems to me that I would do best with my time if I tried to paint a big picture about population aging and the demands it puts on health care.

I have looked over some of your prior testimony as well as the first and second interim reports you issued. Clearly you have heard two very different takes on this. One view has been the “grey tsunami” — the sky is falling and we are going to hell in a handcart, so let us privatize this as quickly as we can, as if that would do anything about it. The other view is “Don’t worry, be happy”; it is only 1 per cent, and it is just a matter of technology. Neither view has much to say about the messy clinical bits in between.

In general, I am fairly sympathetic with the second view. I think that aging will necessarily be an issue the public system has to come to grips with. However, apart from some gentle murmurings about the need for more palliative care, the second group does not offer a good portrayal of what is happening in health care right now.

It simply does not ring true to say that we do not need to worry about aging. Even in the 20 years that I have been in practice, the face of health care has changed. You need only go into any emergency room to see that the bulk of people there are old.

That is not what is putting the stress on the system. The problem putting stress on the system is that those people are old and frail, and we have not built a health care system for them. In general, we have conceived of the issue poorly. We have built a system based on people having only one thing wrong at once.

I will use the example of cardiac surgery, but you can take any specialty at all and people will come forward and say something like, “The need for heart surgery goes up with age. The population is aging. Therefore, it is urgent that we train more heart surgeons now.” That sounds plausible, and then the lung people come by and the kidney people come by and the thyroid people come by and so on. If you look at it from that standpoint, there are not actually enough old people to go around, because if

de tout l’argent injecté dans les soins de santé vont à traiter des maladies, à réparer ce qui ne va pas bien. Seulement 3 p. 100 de cet argent sont consacrés à de la prévention et à la promotion de la santé. À mon avis, c’est l’inverse qu’il faudrait faire. Il faudrait mettre l’accent avant tout sur la santé.

La présidente : Je vous remercie. J’espère que le fait d’apprendre que nous avons entendu des chercheurs universitaires, des philosophes et des éthiciens vous rassure.

Dr Ken Rockwood, professeur de gériatrie, Université Dalhousie, à titre personnel : Je vous remercie de m’avoir invité à venir témoigner aujourd’hui. Actuellement, je fais de la médecine générale dans un hôpital universitaire de soins tertiaires. Les 16 patients de ma liste de consultation, ce matin, allaient de cinquantenaires à des nonagénaires, l’âge médian étant de 79 ans. Mais je me perds en détails. Je crois qu’il serait beaucoup plus utile que j’utilise le temps alloué à vous brosser un tableau général du vieillissement de la population et des exigences que cela impose au système de santé.

J’ai lu certains témoignages que vous avez déjà entendus, de même que le premier et le deuxième rapports intérimaires que vous avez publiés. Manifestement, vous avez entendu des points de vue très variés à cet égard. L’un concernait le « tsunami gris » — soit que le ciel est en train de nous tomber sur la tête et que nous nous dirigeons tout droit vers l’impasse, de sorte qu’il faut privatiser le plus rapidement possible, comme si cela devait être d’une utilité quelconque. À l’autre extrême, on affirme qu’il ne faut pas s’inquiéter, que tout ira bien, qu’il ne s’agit que de 1 p. 100 et que la technologie va tout régler. Or, ni l’un ni l’autre de ces points de vue ne tient compte de la dure réalité, qui se situe quelque part entre les deux.

En règle générale, je serais plutôt d’accord avec le second point de vue. À mon avis, tôt ou tard, il faudra bien que le régime public s’attaque à cette question. Cependant, exception faite de certains doux murmures au sujet du besoin d’accroître les soins palliatifs, le second groupe ne fournit pas un portrait réel de ce qui se passe actuellement dans le domaine de la santé.

Il est tout simplement faux de dire qu’il n’y a pas à s’inquiéter du vieillissement. Même au cours des 20 années d’exercice de ma profession, le visage du système de santé a changé. Vous n’avez qu’à vous rendre dans une salle d’urgence pour constater que les personnes qui s’y trouvent sont en majorité vieilles.

Mais ce n’est pas là ce qui exerce des contraintes sur le système. Il s’agit plutôt du fait que ces vieilles personnes sont fragiles et que le système n’est pas conçu pour les prendre en charge. En règle générale, nous nous sommes trompés au départ. Nous avons conçu un système en supposant que les personnes n’auront qu’un problème à la fois.

À titre d’exemple, je vais utiliser le cas de la chirurgie cardiaque, mais vous pouvez transposer ce que je dis à toute spécialité. On va vous dire quelque chose du genre : « Le besoin de chirurgies cardiaques augmente avec l’âge. La population vieillit. Par conséquent, il est urgent de commencer dès maintenant à former plus de cardiochirurgiens. » Cela semble logique, mais voilà que les spécialistes des poumons et ceux des reins ou de la thyroïde font la même affirmation en ce qui

60 per cent have heart disease and 80 per cent have arthritis and 40 per cent have kidney problems, you are at more than 100 per cent of the population right there and you have only dealt with three things. It only works if the old people double up and triple up and double up again on the illnesses that they have, which they do. When they do that, they are frail. When they are frail, no one wants them — or at least our health care system, as it is conceived of right now, does not want them. That is the big gap, with the private system advocates on the one hand and the public system advocates on the other fighting over something which does not ring true to anyone in health care.

There is a lot of frustration in health care right now. Many front-line workers are very frustrated. Unfortunately, 80 per cent or more of the time they take out their frustration by blaming the old person for being there. If you want to get people who provide acute care in a real lather, ask them about the number of beds they have that are blocked, which is an official term. They will say, "It is one in four or one in three or one in six," and they talk about it as though it is the fault of the patients, or they say, "We need more long-term care beds."

We have built a system based on doing one thing at a time, and we have not learned how to accommodate people who have many things wrong at once. That is where the sticky part of health care comes in. We will not make it better until we adapt the system to respond to the needs of the patients who are actually there.

The one-thing-wrong-at-once approach has been extremely successful for understanding how disease works and for understanding for the most part how to treat illness, but it is falling down in its ability to treat actual patients with the real problems they have. The standpoint I am trying to bring forward is that health care needs to face up to frailty. Frailty is what happens when people have multiple, interacting medical and social problems. It is a highly age-related problem, but it need not be so. You can find 50-year-old diabetics who by any account would be frail. However, for the most part, the older people are, the more likely they are to be frail. When they are frail, they do not need the same style of health care that we offer, which is to treat one problem at a time.

If you go to the emergency room at any place right now, you will find someone trying to get his or her ticket in. Who will take this patient? Do he have a kidney problem? Maybe the kidney guy will take him. Do he have a heart problem? Maybe the heart guy will take him.

We need more comprehensive care. Here I find myself without much sympathy for the "Don't worry, be happy" group's position that the issue in health care cost is technology. Often we are doing technologically inappropriate things to people. What we do would

concerner leur spécialité. Et si vous examinez la question dans cette optique, il n'y aura pas en fait suffisamment de personnes âgées pour créer toute cette demande, puisque 60 p. 100 d'entre elles auront des cardiopathies, 80 p. 100 de l'arthrite et 40 p. 100 des problèmes de reins, de sorte que le total représente plus de 100 p. 100 de la population. Or, nous ne parlons que de trois spécialités. Ce ne sera vrai que si les personnes âgées ont plusieurs de ces maladies à la fois, ce qui est le cas. Quand elles ont ainsi plusieurs maladies, elles sont fragiles. Quand elles sont fragiles, nul ne veut s'en occuper — ou du moins notre système de santé, tel qu'il est conçu actuellement, n'en veut pas. Voilà où réside l'énorme lacune, sur fond d'adeptes de la privatisation d'une part et de ceux du maintien à tout prix du régime public d'autre part qui s'affrontent au sujet d'une réalité qui n'en semble pas une à quiconque travaille dans le domaine de la santé.

Ceux qui travaillent dans le domaine de la santé sont extrêmement frustrés actuellement. Beaucoup de travailleurs de première ligne sont très frustrés. Malheureusement, au moins 80 p. 100 du temps, ils passent leur frustration en blâmant les personnes âgées, du simple fait qu'elles existent. Si vous voulez voir les prestataires de soins actifs sortir de leurs gonds, interrogez-les au sujet du nombre de lits qui sont « bloqués », le terme officiel. Ils vous répondront qu'un lit sur quatre est bloqué ou un lit sur trois ou encore un sur six. Ils en parlent comme si c'était la faute du patient ou ils réclament plus de lits de soins de longue durée.

Le système est conçu pour faire une chose à la fois, et nous n'avons pas réussi à répondre aux besoins de personnes qui souffrent de plusieurs maladies à la fois. Voilà où se pose le problème. Le système ne s'améliorera pas si nous ne l'adaptions pas pour répondre aux besoins des patients réels.

L'approche d'une chose à la fois a fort bien permis de comprendre comment fonctionne la maladie et en gros comment la traiter, mais elle a échoué dans la capacité de traiter de véritables patients qui ont de réels problèmes de santé. Ce que j'essaie de faire comprendre, c'est que le système de santé doit s'adapter à la fragilité. Sont fragiles les personnes qui ont de multiples problèmes d'ordres médical et social en interaction. Il existe un lien étroit entre ce problème et l'âge, mais il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi. Il existe des quinquagénaires diabétiques qui, selon l'opinion générale, seraient fragiles. Cependant, le plus souvent, ce sont les personnes âgées qui seront plus vraisemblablement fragiles. Le plus souvent, plus la personne est âgée, plus elle sera vraisemblablement fragile. Lorsqu'elle l'est, elle n'a pas besoin du même genre de soins que celui que nous offrons, qui consiste à traiter un problème à la fois.

Dans n'importe quelle salle d'urgence actuellement, vous trouverez quelqu'un qui tente de se faire soigner. Qui va prendre en charge le patient? A-t-il des troubles rénaux? Peut-être que le néphrologue peut le prendre. A-t-il une cardiopathie; alors ce sera peut-être le cardiologue.

Il faut offrir des soins plus complets. Sur ce plan, je n'ai pas beaucoup en commun avec le groupe qui dit qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter, que tout ira bien, que la solution à l'escalade des coûts du système de santé se trouve dans la technologie. Souvent,

be appropriate if the patients could withstand the technological intervention, and they could withstand the intervention if they had only the one thing wrong with them. However, we have done a very poor job of understanding and risk stratifying for the people who have many things wrong.

From my standpoint, we have a conceptual problem in how we have organized health care, and we have a system problem in how we try to provide care. The issue now becomes how do we reform health care. Over the years I have come to the conclusion that the major problem is accountability.

It is obvious that some people are extremely poorly served by the health care system, yet if you try to solve their problem, if you try to do anything for them, a huge number of people line up with varying reasons why nothing can be done for these people. However, no accountability that attaches to the problems of those people. We are willing to let people fall through the cracks. We are willing to say that a person is too sick for program X, but not sick enough for program Y. There is no accountability to attach to the problems that individuals have.

I think that if we are to make things better for people who are frail, we need to change the accountability. When we do that, I think we will see a change in what we can afford to do. Currently there are many things we say we cannot afford to do. We cannot afford nurse practitioners. We cannot afford to pay doctors to look after the complex needs of older people. We cannot afford to do house calls. We cannot afford to do team conferences. We can afford to do MRIs. We can afford to do bypass surgery. We can afford this, but we cannot afford that. Obviously, we can afford things, but we have to organize the system in such a way that accountability is attached to the outcomes that would be improved by nurse practitioners and home visits and geriatricians and things like that.

It is a time for a big-picture account of what goes on, but as we paint the big picture, we need to root it in the everyday experience of elderly people facing health care and finding out that the system that they have counted on is not there to help them with the needs they have.

For years and years we have tried to get more young doctors to do geriatric medicine, and one tries various ways to attract them in. When they are still quite young I tell them that if they want to save the world, they should do geriatrics, and here is how it works. If we think about all of the problems in health care in Canada right now, to my mind, frailty is the one that is most likely to undermine the public provision of medical care, because everybody is frustrated, and not knowing what to do they say, "Well, we will just turn to the private system." That is perverse for reasons that we could go into, but if you think about it, medicare is one of the great unifying themes in Canada. Therefore, if we

l'accent que nous mettons sur la technologie dans la plupart des soins de santé est inapproprié. Il serait approprié si les patients n'avaient qu'un seul problème de santé. Or, nous n'avons pas bien cerné l'état des personnes atteintes de plusieurs maladies et la façon de catégoriser le risque.

À mon avis, c'est le concept même qui pose problème actuellement, l'organisation des soins de santé, tout comme le système est problématique pour la prestation des soins. La question à se poser est de savoir comment faire une réforme des soins de santé. Au fil des ans, j'en suis venu à la conclusion que la principale source de problème est le manque de reddition de comptes.

Il est évident que certaines personnes sont extrêmement mal servies par le système de santé. Pourtant, quand on tente de régler le problème, d'améliorer leur situation, beaucoup de personnes invoquent toutes sortes de raisons pour expliquer pourquoi on ne peut rien faire pour elles. Cependant, il n'y a pas de reddition de comptes à l'égard des problèmes de ces personnes. Nous sommes disposés à les laisser passer à travers les mailles du filet. Nous sommes disposés à dire qu'une personne est trop malade pour tel programme, mais pas assez pour tel autre programme. Nul n'assume la responsabilité à l'égard de ces patients.

Si nous souhaitons vraiment améliorer le sort des personnes qui sont fragiles, il faut modifier la reddition de comptes. Si nous le faisons, nous observerons un changement dans ce que nous pouvons faire pour elles. Actuellement, nous invoquons le manque de fonds pour ne pas prendre des mesures en vue de régler le problème. Ainsi, nous ne pouvons pas nous payer des infirmières praticiennes. Nous ne pouvons pas nous payer des médecins qui s'occupent des besoins complexes des personnes âgées. Nous ne pouvons pas nous payer des visites à domicile. Nous ne pouvons pas nous payer des conférences d'équipes. Par contre, nous sommes assez riches pour avoir l'équipement de résonnance magnétique, pour faire des pontages. Nous pouvons nous payer tout cela, mais nous ne pouvons pas payer le reste. Manifestement, nous avons de l'argent, mais il faudra réorganiser le système de façon à rendre compte de l'amélioration des résultats grâce à la présence d'infirmières praticiennes, de visites à domicile et de gériatres, notamment.

Il est temps de dresser un portrait global de la situation sans oublier de l'ancrer dans l'expérience quotidienne des personnes âgées qui ont besoin de soins de santé et qui découvrent que le système sur lequel elles comptaient n'est pas là pour les aider et pour répondre à leurs besoins.

Pendant des années, nous avons tenté de diverses façons de convaincre plus de jeunes médecins de s'orienter vers la gériatrie. Quand ils sont encore très jeunes, je leur dis que, s'ils souhaitent sauver le monde, c'est en gériatrie qu'il faut aller. Ensuite, je m'explique. Si l'on réfléchit à tous les problèmes du système de santé au Canada actuellement, à mon avis, la fragilité est celui qui minera le plus probablement la prestation publique de soins médicaux, parce que tous sont frustrés et qu'ignorant quoi faire, ils prônent la privatisation. Pareille solution a des effets pervers pour plusieurs raisons dont on pourrait discuter, mais si l'on y pense bien, l'assurance santé est l'une des grandes valeurs qui

cannot get this right, what hope is there for the country? With everything that Canada has, if we cannot keep the country in place, what hope is there for the world? So I tell people, "If you want to save the world, do geriatrics in Canada."

Dr. Chris MacKnight, Associate Professor, Department of Medicine, Dalhousie University, as an individual: Thank you for inviting me here today. It is nice that you are talking to doctors. Often people in officialdom do not like talking to doctors because they think all of our interest is in our right hip pocket, but it is not necessarily there.

I would like to apologize, first of all, on two fronts. One is I might come across as angry at times, and that is because a lot of people are suffering needlessly because decisions have been made to do one thing and not look after them. The other thing is that, you are quite right, we need to take a bird's eye view of things, but I have more of a worm's eye view since I am down in the dirt all day.

You have heard from quite a few people, as Dr. Martell mentioned. Very bright people like Marcus Hollander, François Béland and Jeanne Desveaux have told you many sensible things. I am not quite so sure that some of the things other people have told you are sensible. Do you really believe that the next generation of seniors will be healthier, as a person from Health Canada told you, with the epidemics of obesity and diabetes? In my generation it is asthma. There is no evidence that compression of morbidity is happening — the jury is still out — but there is a lot of evidence that expansion of morbidity is happening.

Do you believe that the next generation of seniors will have more discretionary income to spend on private health care? Will people really save more? Will they make wise decisions with their money, human nature changing? Will the people who provide private health care not increase prices to match the buying power? Dr. Evans told you that the changes in the population aging will have little impact on health care and health care costs. That is probably true if you look at it from an annual change in percentage costs. The economist from the University of New Brunswick, though, I think made the case about the massive impact that it will have on a province like New Brunswick and other provinces that have more than their share of older adults.

You liked Dr. Evans' metaphor, the zombie, but then health care is still lurching and staggering, and if you use a different metaphor, the prism, from his end of things he has the clear ray of light and it is quite simple to look at. Then, on the other end of the prism, there are all the shades of colours, and that is looking at the frail elderly and the elderly who are demented and the

cimente l'unité canadienne. Par conséquent, si nous n'obtenons pas de bons résultats à cet égard, quel espoir reste-t-il pour le pays? Étant donné toute la richesse du Canada et l'abondance de ses ressources, si nous ne pouvons pas garder le pays uni, quel espoir y a-t-il pour le reste du monde? Donc, je dis aux jeunes que, s'ils souhaitent sauver le monde, qu'ils exercent la gériatrie au Canada.

Dr Chris MacKnight, professeur agrégé, Département de médecine, Université Dalhousie, à titre personnel : Je vous remercie de m'avoir invité à venir témoigner aujourd'hui. Il est bon de voir que vous invitez des médecins. Souvent, les bureaucrates n'aiment pas parler à des médecins parce qu'ils croient que la seule chose qui nous intéresse, c'est l'argent, ce qui n'est pas toujours le cas.

Je tiens, tout d'abord, à m'excuser pour deux choses. D'une part, vous aurez peut-être parfois l'impression que je suis en colère, un sentiment attribuable au fait que beaucoup de personnes souffrent inutilement parce que la décision a été prise de faire une chose à la fois et de ne pas répondre à leurs besoins. D'autre part, c'est que vous avez tout à fait raison de dire que nous avons besoin d'avoir une vue d'ensemble, mais que j'ai plutôt un humble aperçu de ce qui se passe, puisque je travaille sur le terrain constamment.

Vous avez entendu pas mal de témoins, comme l'a mentionné Dr Martell. Des personnes brillantes comme Marcus Hollander, François Béland et Jeanne Desveaux vous ont fait des déclarations très sensées. Je ne suis pas tout à fait sûr que d'autres déclarations le soient autant. Croyez-vous vraiment que la prochaine génération d'ainés sera plus en santé, comme un porte-parole de Santé Canada l'affirmait, alors que nous sommes aux prises avec une véritable épidémie d'obésité et de diabète? De mon temps, c'était l'asthme. Rien ne laisse croire que la morbidité est en train de baisser — on est en train de l'évaluer —, mais beaucoup de faits laissent croire qu'en réalité, elle augmente.

Croyez-vous vraiment que la prochaine génération d'ainés aura un plus grand revenu discrétionnaire à consacrer à des soins de santé privés? Les gens vont-ils vraiment épargner plus? Prendront-ils des décisions plus sages au sujet de leurs dépenses, la nature humaine va-t-elle changer? Ceux qui prodiguent les soins de santé dans le privé ne majoreront-ils pas leurs prix en fonction du pouvoir d'achat? Le Dr Evans vous a affirmé que les changements qui surviennent dans le vieillissement de la population auront très peu d'impact sur les soins de santé et sur leurs coûts. Et c'est probablement vrai si on les examine en fonction d'une variation annuelle du pourcentage. C'est l'économiste de l'Université du Nouveau-Brunswick, cependant, qui, je crois, a parlé de l'impact massif que cela aura sur une province comme le Nouveau-Brunswick et d'autres dont la population compte une plus grande proportion d'adultes âgés.

La métaphore utilisée par le Dr Evans, celle du zombie, vous a plu, mais le système de santé continue de tituber et de faire des embardées et, si l'on utilise une métaphore différente, celle du prisme, d'un côté, on voit un seul rayon de lumière très simple à examiner. Par contre, à l'autre bout, il y a toutes sortes de rayons de couleur qui représentent les personnes âgées fragiles et celles

patients that Ken was talking about who do not fit into any of these neat pigeon holes and are much more difficult for the health care system to look after. It is not just growing older, but it is growing older and adding more difficult patients.

I will tell you a little story — I hope not giving away too much confidentiality — about something I have been dealing with in the past week or so, including this morning, and I do it on a regular basis. There is a patient at home alone who is severely demented and cannot dress, feed or toilet himself. Family members are trying to provide care but need to earn a living as well. Home care will not go in and provide services because this person is verbally and physically aggressive. He talks loudly and quickly and bangs his hands on the table when making a point. He has not actually hurt anybody, but home care services will not go in because they are afraid. Adult protection workers will not place him in a nursing home because the family has power of attorney and can make arrangements for his care, so he is not an adult in need of protection. Continuing care will not put him in a nursing home because he is too aggressive. No nursing home in the province is able to provide behavioural management for somebody except for the veterans' building that you visited this morning, but that is a federal program and has different resources. No acute care facility has the ability to provide behavioural management to somebody with dementia, so that is not an option.

The only option for this man is the emergency room, where he will be strapped into a bed and heavily sedated, and then he will spend the rest of his life in hospital. It is very sad.

It is no secret that there are people like this. It is no secret that many people like this are coming through the system. The only secret is to the families when they come looking for help from the health care system and discover there is none. That is because people over the years have made decisions to not look after this problem and instead to buy MRIs.

The Chair: Thank you. I do not think you are angry enough, Dr. MacKnight.

Senator Cools: I would like to begin by thanking all three of you for your extremely thoughtful and scientific testimony. You have articulated the magnitude of the question this committee has undertaken to study. I thank you for doing that.

The questions you have put on the table are large, so maybe I could begin with Dr. MacKnight and the particular case that he articulated or cases like it. There are dozens of these cases. I spent much of my life working in social services. The problem quite often is that the difficult cases fall off the table and are neglected, whether in youth work, juvenile delinquency or counselling services. Human beings quite often just do not want to deal with the difficult cases, and those difficult cases just get compounded

qui sont démentes, les patients dont parle Ken qui ne correspondent à aucun de ces compartiments et qui sont beaucoup plus difficiles à prendre en charge. Ce n'est pas seulement une question de vieillir, mais bien de vieillir et de devenir des cas plus lourds à traiter.

Je vais vous raconter une petite histoire — j'espère ne pas dévoiler trop de renseignements confidentiels — au sujet d'un cas que j'essaie de régler depuis une semaine environ. J'en discutais encore ce matin. Je vois cela régulièrement. Il est question ici d'un patient qui vit seul, à la maison. Il est atteint de démence sévère. Il ne peut s'habiller, se nourrir ou faire sa toilette seul. Les membres de sa famille essaient de s'en occuper, sauf qu'ils travaillent. Les services de soins à domicile refusent de l'aider parce qu'il a un comportement physique et verbal agressif. Il parle fort et vite, et frappe du poing sur la table quand il discute. Il n'a fait de mal à personne, mais les responsables des soins à domicile ne veulent pas aller chez lui, car ils ont peur. Les travailleurs sociaux du service de protection aux adultes ne veulent pas le placer dans un foyer de soins infirmiers parce que la famille détient une procuration et peut faire des arrangements pour qu'on s'occupe de lui. Il n'est pas un adulte qui a besoin d'être protégé. Le service de soins continus ne veut pas non plus le placer dans un foyer parce qu'il est trop agressif. Aucun centre dans la province n'est équipé pour gérer les troubles de comportement d'un patient, sauf peut-être l'hôpital pour anciens combattants que vous avez visité ce matin. Il s'agit là d'un programme fédéral qui compte sur diverses ressources. Enfin, aucun établissement de soins actifs ne dispose de personnel pour gérer les troubles de comportement d'une personne atteinte de démence.

La seule option qui reste pour cet homme, c'est la salle d'urgence, où il sera attaché à un lit et mis sous forte sédation. Il va passer le reste de ses jours dans un hôpital. Tout cela est bien triste.

Tout le monde sait qu'il y a des gens qui se trouvent dans cette situation. Tout le monde sait qu'il y a de nombreuses personnes comme lui qui entrent dans le système. Les seules qui ne savent rien, ce sont les familles qui se tournent vers le régime de soins de santé pour obtenir de l'assistance et qui constatent qu'aucune aide n'existe. C'est parce que les décideurs, au fil des ans, ont choisi de ne pas s'attaquer à ce problème et d'acheter, plutôt, des appareils d'IRM.

La présidente : Merci. Je trouve que vous n'êtes pas assez fâché, monsieur MacKnight.

Le sénateur Cools : J'aimerais remercier les trois témoins pour les exposés réfléchis qu'ils nous ont présentés. Vous avez bien décrit l'ampleur du sujet sur lequel se penche le comité. Je vous en remercie.

Les questions que vous avez posées sont importantes. Je voudrais m'adresser d'abord au Dr MacKnight et parler du cas précis qu'il a mentionné. En fait, il y a des douzaines de cas comme celui-là. J'ai travaillé pendant longtemps dans le secteur des services sociaux. Le problème, c'est que les cas difficiles sont souvent laissés de côté, qu'il s'agisse de jeunes qui ont besoin de travail, qui se livrent à des actes de délinquance juvénile ou qui ont besoin d'encadrement. Souvent, les gens ne veulent tout

over 20 years. I am not sure that the committee has had a careful look at the science of these conditions and the differences, because there are many dementias that aging people get that are not necessarily Alzheimer's. Do you have any information on the number of people in Nova Scotia who are in that set of circumstances?

I am a little older than all three of you, I think. I grew up in the days of home visits, when medical care was not what it is like today. For example, as a baby I was delivered weighing 15 pounds at home by the local doctor. He had relationships with the other doctors, so if a situation at home got too complicated he would run gather up one of the others. Those doctors were known to arrive at three o'clock in the morning in their pyjamas to serve patients.

Can you tell us how many individuals are in the circumstances that you described? In other words, is this an isolated person, an isolated event, or is this symptomatic?

Dr. MacKnight: We know that 8 per cent of the population over age 65 has dementia. In Nova Scotia, that works out to about 14,000 to 15,000 people. You can compare that lymphoma, for example, where there might be 100 new cases a year in Nova Scotia. Dementia is quite a huge problem compared to other things we hear about.

I could not tell you how many people are in these circumstances, but there must be dozens at least in Nova Scotia. I have dealt with three or four individuals in identical circumstances in the past couple of weeks.

Alzheimer's disease is by far the most common causes of dementia. There are other, rarer causes. It is often not so important to be able to distinguish them precisely because we do not have many therapeutics that are different depending upon the diagnosis. The approach is based mostly upon assistance for the family and training for the family and expert caregivers, and the approach is similar for each disease, though it needs to be individualized for the person. The health care system has difficulty individualizing what it does. For example, in the best of all possible worlds, that person at home could have expert, trained caregivers in for a few hours a day and an expert nurse practitioner who could help train the family how to provide his care and who could provide backup for the caregivers. We do not have that, but we should be able to have that.

Dr. Rockwood: I would like to comment, referring to the principles I outlined. It is not that we do not know what to do. Dr. MacKnight has pointed out that there are programs of expert care that could deal with this person. There are studies showing how those programs would be structured. He has made the point as well that this is a common problem; I am sure there are dozens of people at any one time with an acute problem like this. They have not commanded the attention or the resources that patients with other illnesses have. That is one of the fundamental issues we

simplement pas s'occuper des dossiers complexes, dossiers qui finissent par s'aggraver sur 20 ans. Je ne crois pas que le comité ait examiné de près ces facteurs, les différences qui existent, car il y a de nombreuses formes de démence qui ne correspondent pas nécessairement à l'Alzheimer. Savez-vous combien de personnes en Nouvelle-Écosse sont confrontées à ce problème?

Je suis un peu plus vieille que vous trois. Quand j'étais jeune, les médecins faisaient des visites à domicile, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Par exemple, je pesais 15 livres à la naissance. Ma mère a accouché à la maison avec l'assistance du médecin local. Il était en contact avec d'autres médecins, de sorte que lorsqu'il y avait des complications, il pouvait solliciter l'aide d'un de ses collègues. Ils arrivaient à 3 heures du matin, en pyjamas, pour aider les patients.

Pouvez-vous me dire combien de personnes se trouvent dans les circonstances que vous avez décrites? Autrement dit, s'agit-il d'un cas isolé, ou est-ce un problème symptématique?

M. MacKnight : Nous savons que 8 p. 100 des personnes âgées de 65 ans et plus sont atteintes de démence. Cela représente entre 14 000 et 15 000 personnes en Nouvelle-Écosse. À titre de comparaison, il y a peut-être 100 nouveaux cas de lymphome qui sont recensés chaque année dans la province. La démence constitue un sérieux problème quand on la compare à d'autres types de maladies.

Je ne saurais vous dire combien de personnes se retrouvent dans cette situation, mais il doit y en avoir des douzaines, au moins, en Nouvelle-Écosse. Au cours des dernières semaines, je me suis occupé de trois ou quatre personnes qui se trouvaient dans des circonstances identiques.

La maladie d'Alzheimer est de loin la cause la plus fréquente de démence. Il y a d'autres causes plus rares. Il n'est pas très important d'établir une distinction claire entre elles, car les traitements thérapeutiques ne varient pas beaucoup, selon le diagnostic. Nous cherchons surtout à venir en aide à la famille, à lui donner des outils, à la mettre en contact avec des fournisseurs de soins spécialisés. L'approche est la même pour chaque maladie, quoi qu'elle doit être adaptée aux besoins de la personne. Le régime de soins de santé a du mal à individualiser les services qu'il offre. Par exemple, dans un monde idéal, la personne à la maison bénéficierait de l'aide de fournisseurs de soins de santé qualifiés pendant quelques heures par jour. Un infirmier praticien montrerait à la famille comment s'occuper de la personne; il apporterait un soutien aux fournisseurs de soins de santé. Ces services n'existent pas, mais nous devrions pouvoir les offrir.

Dr Rockwood : J'aimerais revenir aux principes que j'ai décrits. Ce n'est pas que nous ne savons pas ce que nous devons faire. Comme l'a mentionné le Dr MacKnight, il y a des programmes de soins spécialisés pour venir en aide à cette personne. Il y a des études qui montrent comment ces services seraient structurés. Il a également dit que ce problème est courant. Je suis certain qu'il y a des douzaines de personnes qui, à un moment donné, se trouvent confrontées à un problème de cette nature. Elles ne reçoivent pas l'attention ou les ressources auxquelles ont droit les patients

have. It is hugely frustrating that we see people all the time in great need, and yet there appears to be no clear advocacy voice for them.

It is not that we do not know what to do, it is that typically the sorts of things that need to be done for them are not technologically intensive. They are expensive from a resource standpoint because of the labour attached to them. From the standpoint of innovation, we have tended to spend the most money in health on technology and drugs. We need to step back from that and find a way to prioritize their needs. That is why we made the claim about accountability. If someone was accountable for this patient in a meaningful way, there would be a means to solve this.

When I came to Nova Scotia and began practice in 1991, there was a rule about who would be responsible for the costs for that person, and the costs were attached to the social services at the municipal level. Social services would have a strong incentive to provide care for that person because they would otherwise somehow be penalized. I do not know if this actually happened, but the idea was that if that person wound up in the acute care hospital, that the per diem cost would come back to the social services budget.

This may not be the best answer, but we need to bring forward the idea that these patients have costs and that accountability goes with them. We do not do that now. We could get an MRI for that person in a flash; it would add nothing at all to the person's management overall and it would cost a lot, but we could do that because we are set up for that, but we are not set up to provide care for that person. That is how we should conceptualize the problem. These are not unsolvable problems. However, we do not organize ourselves in a way that makes it effective for anyone to solve them.

Senator Cools: Do you have any idea how that accountability could be encouraged or supported? Doctors frequently voice to me the same concerns you have raised. I am sure it happens to every other senator. If you find yourself having an X-ray or other test in the hospital, the people who work there are ready to tell you the huge problems they are facing, and years and years ago the management of health care used to be in the hands of doctors and nurses, actually. Much has changed, but I am just wondering whether you have any concrete suggestions for how we could address. That is the devil, the monster in this matter.

Dr. Rockwood: I would say three things in response to that question. First, in general doctors have not been champions of accountability because we have tended to favour professionalism, for good and bad reasons. In my view, the pendulum has swung too far the other way in terms of patient autonomy, which for many cases we deal with is a complete fiction that allows people off the hook where professionalism would be a reasonable

atteints d'autres maladies. C'est là une de nos principales doléances. Il est très choquant de voir qu'il y a des gens qui ont des besoins énormes, mais personne pour les défendre.

Ce n'est pas que nous ne savons pas ce que nous devons faire. La difficulté tient au fait que les services dont ils ont besoin ne nécessitent pas d'efforts technologiques intenses. Ils coûtent toutefois chers en termes de ressources humaines. Concernant l'innovation, nous avons eu tendance, dans le domaine de la santé, à investir davantage dans la technologie et les médicaments. Nous devons changer d'approche et trouver un moyen de prioriser leurs besoins. Voilà pourquoi nous avons mis l'accent sur la responsabilisation. Si quelqu'un prenait la responsabilité de s'occuper sérieusement de ce patient, il serait possible de régler le problème.

Quand j'ai commencé à pratiquer en Nouvelle-Écosse en 1991, la responsabilité des coûts entraînés par une personne était clairement établie. Les coûts étaient assumés par les services sociaux, au palier municipal. Ces derniers avaient tout intérêt à fournir des soins à cette personne, sinon, ils étaient pénalisés. Je ne sais pas si, dans les faits, les choses se passaient comme cela, mais si la personne finissait par se retrouver dans un hôpital de soins actifs, les frais pour chaque jour d'hospitalisation étaient imputés au budget des services sociaux.

Ce n'est peut-être pas la meilleure façon de procéder, mais nous devons reconnaître que les patients entraînent des coûts et que quelqu'un doit en assumer la responsabilité, ce que nous ne faisons pas à l'heure actuelle. Nous pourrions faire subir un examen IRM à cette personne en un clin d'œil. Cela ne changerait rien à la situation de la personne, mais coûterait cher, mais nous pourrions le faire parce que nous sommes équipés pour faire ce genre de test, mais pas pour lui fournir des soins. Voilà comment il faut conceptualiser le problème. Il n'est pas insolvable. Toutefois, nous ne nous organisons pas de manière à ce qu'il puisse être réglé de manière efficace.

Le sénateur Cools : Savez-vous comment nous pouvons encourager, appuyer la responsabilisation? Les médecins me font souvent part des mêmes préoccupations que vous soulevez aujourd'hui. Je suis certaine qu'il en est de même pour les autres sénateurs. Quand vous vous présentez à l'hôpital pour subir une radiographie ou un autre test, les employés s'empressent de vous dire qu'ils sont confrontés à de gros problèmes, qu'il y a de nombreuses années de cela, la gestion des soins de santé était assurée par les médecins et les infirmières et infirmiers. Les choses ont beaucoup changé depuis. Je me demande si vous avez des suggestions concrètes à faire pour nous aider à régler le problème. C'est là où le bât blesse.

Dr Rockwood : Je dirais trois choses en réponse à cette question. D'abord, de manière générale, les médecins ne sont pas des adeptes du principe de responsabilité, car ils ont tendance à privilégier le professionnalisme, pour de bonnes ou de mauvaises raisons. Je pense que nous sommes allés trop loin en termes de l'autonomie des patients, un concept qui, dans de nombreux cas, ne veut rien dire puisqu'il permet aux gens de se dégager de toute

remedy. I cannot imagine that any bioethicist would agree with that, but I did not want to miss the chance to say it.

Second, it is a big thing for a geriatrician to call for more accountability because the few accountability standards we have now work systematically against our patients since they are based on the one-thing-wrong-at-once approach. Famously, it is the length of stay.

I imagine a cost-based accountability that would take a population perspective and would say that the cost of dementia in this community would reasonably be X and the standards we would expect to be met would reasonably be Y, and I would expect some sort of adjudication mechanism to see whether we are spending X to achieve Y. The standards would actually have to be related to the needs of the population you are attempting to serve. I do not imagine that would necessarily be an easy thing, but you would make an investment, not run into it half cocked. You would need to do studies and trials. We need that kind of systematic, fundamental change to get us off the one-thing-wrong track that we are on now.

Third, regarding the nature of the accountability, in geriatrics we hold many things to be sacred cows, and they would probably change under a strict accountability mechanism. For example, if we think about the provision of in-home care here, the public home care agencies have got themselves in a real box because you cannot sweep the floor without a floor sweeping certificate, and you cannot give a pill if you are not a nurse. You cannot turn the kettle on without a nutritional degree. They have over-professionalized and over-standardized the service. Dr. MacKnight will know for sure.

I am not sure whether in your area you have the Newfoundland Ladies, a group of women from Newfoundland who work here two weeks at a time. They move in and do everything, and their major qualification, as near as I can tell, seems to be that they are middle-aged women who have raised big families and they can take on any task that needs to be done.

I know professional home care people will have the heebie-jeebies, but I will bet that at the end of the day the real solution on a population basis will look a lot more like the Newfoundland Ladies than it will look like the multi-certified, "multi-teamified," inter-professional group that would provide care otherwise.

Dr. Martell: I like that thought. Thank goodness for the Newfoundland Ladies. They come from a different era, but they are life saving. It meant the difference for several cases of mine that had no solution, cases similar to the situation that your patient was in, Dr. MacKnight.

responsabilité alors qu'ils pourraient raisonnablement invoquer l'argument du professionnalisme. Aucun bioéthicien ne serait d'accord avec cela, mais je tenais à le mentionner.

Ensuite, il est difficile pour un gériatre de demander que l'on mette davantage l'accent sur la responsabilisation parce que les quelques normes qui existent à l'heure actuelle ne servent pas les intérêts de nos patients étant donné qu'elles sont fondées sur l'approche « un problème à la fois ». C'est la durée du séjour qui semble être plus importante.

J'aimerais bien que l'on mette en place un régime de responsabilisation fondé sur les coûts qui tiendrait compte des besoins de la population et qui préciserait que les coûts de la démence au sein de la collectivité devraient raisonnablement s'élever à X, et que les normes que l'on devrait raisonnablement atteindre correspondraient à Y. Je m'attendrais à ce qu'il y ait une sorte de mécanisme de contrôle pour voir si nous dépensons X dollars pour atteindre Y normes. Il faudrait que les normes soient axées sur les besoins de la population visée. Ce ne serait pas nécessairement une chose facile à faire, mais il faudrait être prêt à investir. Il ne faudrait pas se lancer dans une telle initiative sans être bien préparé. Il faudrait réaliser des études, mener des essais. Nous devons entreprendre une réforme systématique et fondamentale et délaissier le système actuel qui traite un problème à la fois.

Enfin, concernant la nature de la responsabilisation, dans le domaine de la gériatrie, il y a beaucoup de choses que nous considérons comme sacrées. La situation serait sans doute différente si un régime de responsabilisation rigoureux était mis en place. Prenons l'exemple des services de soins à domicile. Les agences publiques d'aide à domicile sont coincées, car leurs employés ne peuvent balayer le plancher sans certificat, et ils ne peuvent donner un médicament s'ils ne sont pas des infirmiers ou des infirmières. Il faut un diplôme en nutrition pour faire bouillir de l'eau. Ils ont trop professionnalisé le service, imposé un trop grand nombre de normes. Le Dr MacKnight est au courant de la situation.

Je ne sais pas si dans votre région vous avez accès aux services offerts par le groupe Newfoundland Ladies. Ce sont des femmes de Terre-Neuve qui viennent travailler ici pour des périodes de deux semaines. Elles font tout, et leur plus grand atout, à ce que je sache, c'est que ce sont des femmes d'âge moyen qui ont élevé de grandes familles et qui peuvent accomplir n'importe quelle tâche qu'on leur confie.

Je sais que les spécialistes des soins à domicile vont paniquer, mais je suis prêt à parier que la solution au problème, en ce qui concerne la population, va venir de groupes comme celui-là, et non de groupes interprofessionnels multiagrés, qui comptent sur l'aide de nombreuses équipes d'intervenants.

Dr Martell : J'aime bien cette idée. Dieu merci que nous avons le groupe Newfoundland Ladies. Elles viennent d'une autre époque, mais elles offrent des services précieux. Leur intervention a permis de venir en aide à plusieurs de mes patients dont le cas était sans solution. Leur situation était similaire à celle de votre patient, docteur MacKnight.

Senator Mercer: Somebody out there this very moment is trying to figure out how to professionalize those Newfoundland Ladies so that they will have to have a certificate to do what they do.

Dr. MacKnight, you indicated that you might come across a little angry. I did not think you came across as angry at all, but I think that collectively you all have a good deal of anger and more frustration. You all want to do good work, but the system is not helping.

I have one question. Dr. Rockwood, as Senator Carstairs said, while we were at Camp Hill this morning someone mentioned your name in a very positive light. You come with recommendations from patients, which is a great recommendation.

You have told us that there is a need for the system to adapt to the patient who is actually there. You have said, "If you want to save the world, do geriatrics in Canada." What should our first and second steps be?

Dr. Rockwood: At the system level, they would be along the lines of what I have talked about. I do not want to come across as too partisan, but we simply do not have enough specialists in geriatric medicine right now, and we are not training enough. We put obstacles in place that defy common sense. Someone needs to say that there will be guaranteed training slots if you want to do geriatrics and there will be a reasonable prospect of being hired afterwards.

Our group right now has three people training in geriatric medicine, and we are probably one of the largest groups in the country from that standpoint. We currently have two specialists in geriatric medicine, and there is a big discussion about whether we can find a place for them in the bizarre practice plan arrangements that the Department of Medicine has engaged itself in. It beggars belief that we have two people in our grasp and we cannot figure out a way to hire them. We need on a national priority basis to get our act together to at least do that. Let us not turn away people who have come here and done the training or want to do the training. That must be the easiest thing in the world to achieve, so it is the first thing that needs to be done.

The second step, in my view, looks like this. It is clear that there will never be enough geriatricians to provide all of the care that should be provided, nor should there be. We have to think about what the appropriate role is for them. Presumably, the appropriate role for them is as a catalyst within the system to put exemplary services in place and then have arrangements whereby other people can come in and learn how to do it in this way and take it back to their home environment.

An example that is poignant and a bit frustrating for us is that in this province we set up a restorative care service and systems that have been emulated in many countries around the world. When the province came out with the restorative care program to go outside of Halifax, there was no consultation with us, and they put things out without standards, without accountability, without

Le sénateur Mercer : Il y a quelqu'un, en quelque part, qui essaie de trouver un moyen de professionnaliser ce groupe de femmes de Terre-Neuve pour qu'elles soient obligées d'avoir un certificat pour faire ce qu'elles font.

Docteur MacKnight, vous avez dit que vous ressentiez une certaine colère. Ce n'est pas l'impression que vous donnez, mais je pense que, collectivement, vous ressentez tous beaucoup de colère et de frustration. Vous voulez faire du bon travail, mais le système n'aide pas du tout.

J'ai une question à vous poser. Docteur Rockwood, comme l'a mentionné le sénateur Carstairs, lors de notre passage à Camp Hill, ce matin, quelqu'un a parlé de vous en termes élogieux. Vous proposez des recommandations formulées par les patients, ce qui est merveilleux.

Vous avez dit que le système doit s'adapter aux besoins du patient. Vous avez également indiqué que si nous voulons sauver le monde, nous devons investir davantage dans la gériatrie au Canada. Quelles mesures devrions-nous prendre dans un premier et deuxième temps?

Dr Rockwood : Pour ce qui est du système, celles que j'ai déjà mentionnées. Je ne veux pas donner l'impression d'être trop partisan, mais nous n'avons tout simplement pas suffisamment de spécialistes en gériatrie à l'heure actuelle. Nous ne formons pas assez de gens dans ce domaine. Nous mettons en place des barrières qui défient la logique. Il faut garantir des places de formation en gériatrie et prévoir des possibilités raisonnables d'embauche.

Nous comptons à l'heure actuelle trois personnes qui suivent une formation en gériatrie. Nous représentons probablement l'un des plus grands groupes au pays de ce point de vue-là. Nous avons actuellement deux spécialistes en gériatrie et nous nous demandons si nous allons arriver à leur trouver une place dans les programmes bizarres que le Département de médecine a mis en place. Nous avons deux personnes qui sont formées, et nous n'arrivons pas à les placer. Nous devons nous prendre en main, à l'échelle nationale, et trouver à tout le moins une solution à ce problème. Ne tournons pas le dos aux personnes qui sont venues ici, qui ont suivi ou qui veulent suivre une formation. Ce devrait être la chose la plus facile à faire au monde. Voilà pour la première mesure.

La deuxième mesure est la suivante : il est évident qu'il n'y aura jamais suffisamment de gériatres pour fournir tous les soins qui devraient être offerts. Nous devons définir le rôle qu'ils doivent jouer. Les gériatres devraient, vraisemblablement, servir de catalyseurs au sein du système, mettre en place des services exemplaires, des programmes qui permettent aux gens de suivre une formation et ensuite de mettre en pratique les connaissances qu'ils ont acquises.

Permettez-moi de vous donner un exemple qui est à la fois poignant et un peu frustrant. Nous avons mis sur pied, dans cette province, un système de soins de rétablissement qui a été reproduit dans de nombreux pays du monde. Lorsque la province a décidé d'offrir un programme à l'extérieur d'Halifax, elle n'a pas cru bon de nous consulter. Elle n'a établi aucune

the routine processes of care that we could put in place. It is odd to me to be answering inquiries from Australia and Ireland, but I cannot get any traction 100 miles away.

Therefore, having brought more people like this on, the second thing we would do is to recognize the catalyst role for them. I make this point because the traditional thing we expect our specialists to do is to provide hands-on care, and we have not got a good model that allows them to do systems work. That cries out to be done to help provide for an aging population.

Again, if we change the accountability, we find that all these things would become cost-effective and reasonable to do overnight. Again, the point to make is not that we cannot afford it. We afford implausibly complicated things all the time. The point is that we have to structure ourselves so that we require this to be done and hold ourselves to that standard.

Dr. Martell: To echo Dr. Rockwood's thoughts about restorative care, the situation in Lunenburg is that roughly three years ago we lost one of the pillars of our community, a family doctor named Art Patterson. Part of his legacy was to build a restorative care unit within the community. Lunenburg is a small town of 2,300 people. The Restorative Care Centre was built and is functioning, and I think it is a model that can be replicated. It has been a smashing success, but it serves only a small, defined population. These are not the failing elderly with multiple co-morbidities. These are the elderly who have one problem that will improve and then they will be able to return home. A lot of thought was given to the construction, layout and staffing of that centre. It does not work perfectly and is evolving, but it is one of the successes.

Three years ago now, as well, we got together as a district with all of the stakeholders to develop a plan around aging. I was hoping to distribute that plan to this committee, but it was quite short notice. This initiative was driven by the district. It was not grassroots. It did not come from individuals from the community or even from the community health board. The initiative was from our district. It was called Aging Matters and was extremely comprehensive, with implementation plans and so forth. Born out of that committee was a seniors help team, a collaborative group of individuals, nurse practitioners, nurses, therapists of various sorts, who would go out into the community to find the people who were failing in various ways, the people who fell between the cracks, cases such as Dr. MacKnight came up with.

norme, aucun cadre de responsabilité, aucun service de soins courants. Je trouve bizarre de répondre à des demandes qui viennent d'Australie et d'Irlande, alors que je ne peux obtenir la collaboration de décideurs qui se trouvent à 100 milles de distance.

Par conséquent, une fois que nous aurons recruté plus de personnes, nous devrons définir le rôle catalyseur qu'elles doivent jouer. Si je dis cela, c'est parce que nous nous attendons à ce que nos spécialistes fournissent des soins directs. Nous n'avons pas un système efficace qui leur permet de travailler à l'intérieur de celui-ci. C'est une question à laquelle nous devons nous attaquer si nous voulons être en mesure de fournir des soins à une population vieillissante.

Encore une fois, une fois que nous aurons modifié le régime de responsabilisation, ces mesures deviendront rentables et raisonnables du jour au lendemain. Encore une fois, nous devons cesser de dire que nous ne pouvons nous permettre d'entreprendre une telle réforme. Nous trouvons constamment le moyen de financer des programmes extrêmement compliqués. Nous devons nous organiser pour que cette réforme devienne réalité.

Dr Martell : Pour faire écho aux réflexions du Dr Rockwood au sujet des soins de rétablissement, j'ajoute qu'à Lunenburg, il y a environ trois ans, nous avons perdu l'un des piliers de notre communauté, un médecin de famille appelé Art Patterson, à qui nous devons notamment la construction d'une unité de soins de rétablissement au sein de la communauté. Lunenburg est une petite ville d'environ 2 300 habitants. Le Centre de soins de rétablissement a été construit et il est fonctionnel, et je pense que c'est un modèle qu'on peut reproduire. Il a remporté un vif succès, mais dessert seulement une petite population définie. Il ne s'agit pas des aînés à la santé déclinante atteints de multiples comorbidités, mais de ceux aux prises avec un problème de santé qui s'améliorera, après quoi ils seront en mesure de retourner chez eux. On a consacré beaucoup de réflexion à la construction, à l'aménagement et à la dotation en personnel de ce centre. Il ne fonctionne pas à la perfection et il est en évolution, mais il s'agit là d'une de nos réussites.

Par ailleurs, il y a maintenant trois ans, notre district s'est réuni avec tous les intervenants afin de mettre au point un plan sur le vieillissement. J'espérais pouvoir distribuer ce plan à votre comité, mais j'ai eu un préavis très court. Cette initiative a été menée par le district. Elle ne venait pas de la base, de personnes de la communauté, ni même du conseil de santé communautaire. C'est notre district qui a lancé l'initiative. Elle s'intitulait Aging Matters et était très complète; elle comportait des plans de mise en œuvre, et ainsi de suite. Une équipe d'aide aux aînés est née de ce comité. Il s'agit d'un groupe qui travaillait en collaboration et qui réunissait des particuliers, deux infirmières praticiennes, des infirmières et des thérapeutes de toutes sortes, qui se rendaient dans la communauté pour trouver les gens dont la santé se détériorait de diverses manières — les personnes qui passaient entre les mailles du filet, des cas comme ceux que le Dr MacKnight a évoqués.

At the outset, this team was a fantastic safety net. As a family doctor, whenever I came across a case for which I failed to find a solution, I turned to these people to spend the time and the thought picking up the pieces, and they did very well. They were fantastic at making assessments. They would go into the community, find out what was wrong and find solutions. They would make recommendations that are realistic and will have outcomes.

However, the trouble with this team, which has since to a large degree disintegrated, was that they were not a sustaining team. There was nothing behind them. There were no caregivers to continue to giving you therapy in your home if you needed therapy to gain strength so that you do not fall or to manage your medication so you do not end up in the hospital with medication errors. However, I like to dwell on the successes, and this is one of our successes.

One other thought I had while Dr. Rockwood was speaking is efficiency. I think our health care system lacks efficiency and accountability. We have, believe it or not, enough family doctors on the South Shore. I am not sure about interims of full-time equivalence, but we are still looking for more. What we lack are other health care providers.

Also, we lack meaningful delivery of care. The family doctors that we have work every day at crisis intervention. They do not necessarily do much prevention. To a large degree, they do not work in collaborative teams. One of the simplest way to fix that, I think, is to make their pay contingent on their outcomes. That is part of the vision we have with our own collaborative practice. I think these things can be done.

Dr. MacKnight: Regarding the seniors' community health team that Dr. Martell mentioned, I just received two urgent referrals from them, but they were sent in November and somehow ended up on my desk six months later, and their patients has not been seen yet.

I am not sure what happened during those six months, but it is obvious that access to specialist geriatric medicine services for that team was lacking. That goes back to Dr. Rockwood's comment about how we do not and will not have enough geriatric medicine specialists and need to train people to work locally. They do not necessarily have to be doctors. I am not married to the idea of doctors doing it. Nurse practitioners could do it. Occupational therapists or social workers with additional interest in training could do a lot of that work.

It is not necessarily difficult to train these people, and it is not difficult to find people who are interested. It is just difficult to find the will to create a position for them.

Au début, cette équipe constituait un fantastique filet de sécurité. En tant que médecin de famille, chaque fois que je tombais sur un cas pour lequel je n'arrivais pas à trouver de solution, je m'en remettais à ces gens pour prendre le temps et la peine de réparer les dommages, et ils le faisaient très bien. Ils effectuaient un travail d'évaluation fantastique. Ils se rendaient dans la communauté, décelaient ce qui clochait et trouvaient des solutions. Ensuite, ils faisaient des recommandations réalistes, qui devaient produire des résultats.

Toutefois, le problème, avec cette équipe qui s'est dans une large mesure dissoute depuis, c'est qu'il ne s'agissait pas d'une équipe de maintien. Il n'y avait rien derrière eux. Il n'y avait pas de fournisseurs de soins pour continuer à vous donner un traitement chez vous, si besoin était, pour vous permettre de regagner des forces afin d'éviter que vous ne fassiez une chute, ni pour gérer votre médication afin que vous ne vous retrouviez pas à l'hôpital à cause d'erreurs de médication. Néanmoins, j'aime insister sur les réussites, et en voilà un exemple.

L'autre idée qui m'est venue à l'esprit lors de l'exposé du Dr Rockwood est celle de l'efficacité. Je pense que notre système de soins de santé manque d'efficacité et de responsabilisation. Nous avons, croyez-le ou non, suffisamment de médecins de famille sur la côte Sud. Je ne peux me prononcer au sujet des médecins intérimaires ou des équivalents temps plein, mais nous cherchons d'autres médecins. Ce sont d'autres fournisseurs de soins de santé qui nous manquent.

Qui plus est, nous n'avons pas une prestation des soins réfléchi. Nos médecins de famille interviennent tous les jours en situation de crise. Ils ne font pas nécessairement beaucoup de prévention. Dans une large mesure, ils ne travaillent pas au sein d'équipes de collaboration. L'un des moyens les plus simples de remédier à cette situation, je crois, est de déterminer leur paye en fonction de leurs résultats. Cela fait partie de la vision que nous avons avec notre propre pratique collaborative. Selon moi, ces mesures sont réalisables.

Dr MacKnight : En ce qui concerne l'équipe de soins de santé communautaires mentionnée par le Dr Martell, je viens de recevoir de cette équipe deux recommandations concernant des cas urgents. Cependant, ils ont été acheminés en novembre; ils ont atterri d'une quelconque manière sur mon bureau six mois plus tard, et les patients concernés n'ont pas encore été vus.

J'ignore ce qui s'est produit durant ces six mois, mais il est évident qu'un accès à des services spécialisés en gériatrie faisait défaut à cette équipe. Cela nous ramène aux commentaires du Dr Rockwood quant au fait que nous n'avons pas, et n'aurons pas suffisamment de spécialistes en médecine gériatrique, et devons former des gens à travailler sur le plan local. Ils ne devront pas nécessairement être médecins. Je ne tiens pas mordicus à ce que des médecins s'en chargent. Les infirmières praticiennes pourraient remplir ce rôle. Les ergothérapeutes ou les travailleurs sociaux qui ont un intérêt envers la formation pourraient faire une bonne partie de ce travail.

Il n'est pas nécessairement compliqué de former ces gens, ni de trouver des personnes que cela intéresse. Il est simplement difficile de trouver la volonté de créer un poste pour eux.

Senator Mercer: Dr. Rockwood, you used the word “accountability.” I am trying to figure out how we introduce that into the system. Where does it start? Who has to drive that? Does it have to be driven from the top down or does it come from the middle or the bottom up? Does the federal health minister or the provincial health minister need to say, “Here is how we will introduce accountability into the system?”

Dr. Rockwood: I am all in favour of things being as broadly supported as possible, but if the top does not buy in, this will not work. This needs to be top down. It is a role for visionary leadership. No doubt it will discomfort people who will imagine themselves disadvantaged under the new arrangement.

In 25 words or less, ultimately we want our health care system to achieve three outcomes: we want it to prevent premature death; we want it to relieve suffering; and we want it to maximize function. At the moment, we do not have effective accountability on any of those.

For example, when a patient has hip replacement surgery, the only outcome is whether the patient gets out in five days or eight days or whatever length of stay is attached to that procedure at a national level. That is really the only accountability we have. We do not have accountability about whether they can walk at the end of it.

This is how I imagine the accountability measures coming about. We would identify the reasons that we do things, and then we would hold people to achieving those outcomes on a population basis. What portion of the patients who had surgery X walked as a consequence of that, if walking was meant to be the outcome? Right now it is very process-based. As long as the hip surgery is done, it is fine. Clearly, there is some monitoring for the morbidity and mortality count. If patients have particularly bad infectious outcomes for their surgeries or their mortality rate is too high, somewhere in the system that will get picked up. However, that is a very distal outcome compared to the more usual state that people find themselves in for which they are able to express well-articulated preferences ahead of time.

In my practice, if I intend to put someone on a drug, I try to imagine what the goals of the drug are, and then when we follow up, we see the extent to which patients have met their goals as a consequence of the drug. We actually follow a fairly formal procedure for it, as we do with the Restorative Care Unit, which is a place people come to be rehabilitated after their acute hospital event has been dealt with.

At the unit, we have a formal process whereby we set goals for patients’ outcome and we try to tie their discharge to those goals so that discharge arrives at the point they have met their goals. We do not say that someone with a hip fracture should require seven days post-operatively, because we know that there are two

Le sénateur Mercer : Docteur Rockwood, vous avez utilisé le terme « responsabilisation ». J’essaie de déterminer comment intégrer au système un tel processus de responsabilisation. Où commence-t-il? Qui doit le diriger? Doit-on le gérer selon une approche descendante, ou plutôt à partir du milieu ou de la base? Les ministres de la Santé fédéral ou provinciaux doivent-ils dire : « Voici comment nous introduirons la reddition de comptes dans le système »?

Dr Rockwood : Je suis totalement pour que les choses aient le plus large soutien possible, mais sans le concours des échelons supérieurs, cela ne fonctionnera pas. Cela doit venir du haut. C’est un rôle qui revient aux dirigeants visionnaires. Il n’y a pas de doute que cela indisposera certaines personnes qui se verront désavantagées en vertu du nouvel arrangement.

En 25 mots tout au plus, je dirais qu’ultimement, nous voulons que notre système de santé atteigne trois résultats : qu’il prévienne les décès prématurés; qu’il allège les souffrances; et qu’il maximise la capacité. Pour le moment, nous n’avons pas de mécanisme de reddition de comptes efficace pour aucun de ces aspects.

Par exemple, lorsqu’un patient subit une chirurgie de la hanche, on mesure seulement les résultats selon la période au bout de laquelle il sortira de l’hôpital, soit cinq ou huit jours plus tard, ou peu importe la durée de séjour reliée à cette opération à l’échelle nationale. C’est véritablement la seule responsabilisation qu’il y a. On n’a pas à rendre de comptes quant au fait que les patients peuvent marcher après l’opération.

C’est ainsi que j’imagine les mesures de reddition de comptes. Nous préciserions les raisons pour lesquelles nous faisons certaines choses, puis nous obligerions les gens à atteindre les résultats en fonction de la population. Quelle portion des patients qui ont subi une opération donnée ont pu marcher par la suite, si l’usage des jambes était le résultat visé? À l’heure actuelle, tout cela repose fortement sur le processus. Tant que l’opération à la hanche est faite, tout va bien. Il est clair qu’on assure une certaine surveillance pour ce qui est du nombre de décès et des taux de morbidité. Si les patients ont des infections particulièrement mauvaises après leur opération, ou si le taux de mortalité est trop élevé en ce qui les concerne, quelque part dans le système, on le détectera. Néanmoins, il s’agit largement d’une variable distale, comparativement à l’état plus courant dans lequel les gens se retrouvent, où ils sont capables d’exprimer clairement des préférences à l’avance.

Dans ma pratique, si j’ai l’intention de prescrire un médicament à un patient, je tente de déterminer quels objectifs il servira à atteindre. Par la suite, lorsque nous effectuerons un suivi, nous verrons à quel point les patients ont atteint leurs objectifs grâce aux médicaments. En fait, nous suivons à cette fin une procédure très formelle, comme nous le faisons avec l’unité de soins de rétablissement, qui est un endroit où les gens vont pour une réadaptation après un événement aigu à l’hôpital.

À l’unité, nous avons un processus formel par lequel nous établissons des objectifs de résultats pour les patients, et nous tentons de rattacher leur autorisation de sortie à ces objectifs, de sorte que leur congé coïncidera avec le moment où les résultats seront atteints. Nous n’affirmons pas qu’une personne qui a une

populations. People who do not need to climb stairs can probably go home in five days, and seven days is actually two days too long for them. People who need to climb stairs probably will have to take 10 days, so seven days is three days too short for them. We try to individualize the outcomes of care to the needs of the patient, but we are fairly idiosyncratic in doing that in a systematic way. I think an accountability mechanism should look more like that.

Senator Mercer: It seems to me, as a veteran of six or seven knee surgeries, that we treat patients to the front door of the hospital and then send them on their way. Excluding things like physiotherapy, health care seems a travesty passed to others.

Senator Cordy: The three of you have brought a different perspective than we have been hearing, which we appreciate.

When we look at accountability, I think you are saying that we should be looking at the patient and not the system. If we are looking at the patient, then we have to cross jurisdictional boundaries within government. We have had a couple of high profile cases in Nova Scotia. One of them was the one you referred to with the alleged abduction, and the other was the woman who had lived a very quiet life and suddenly was within the justice system and did not have a place to live and so on. I know there are hundreds of other cases that are not high profile that are not reaching the newspapers. Dr. MacKnight, you gave an example this morning of several. Are those cases making a difference? Are more silos being broken down? Are we seeing government departments like community services working with health care? Is justice working with community services and health care? If we are trying to meet the needs of our population, in this case specifically seniors, then we have to cross jurisdictional boundaries and we have to do what is right for the person.

Dr. Martell: Having some involvement with that one case, I will take a stab at this. The briefest answer I can give you, based on that specific case, is that there has been debriefing. There is a provincial initiative, and it is being taken seriously. I shared that case with a geriatrician, Dr. Carver, and I have been asked by a provincial committee to review some legislation that they are looking at implementing on personal directives. However, in my opinion this is reactive, not proactive. This comes about because there has been a failure in the system, and I do not know that that is necessarily a great way to go about developing policy.

fracture de la hanche devrait obtenir son congé sept jours après l'opération, car nous savons qu'il y a deux populations. Ceux qui n'ont pas besoin de monter des escaliers pourront probablement rentrer chez eux au bout de cinq jours, et sept jours représenteraient deux jours de trop pour eux. Les gens qui auront à monter des escaliers devront probablement bénéficier de dix jours de rétablissement, de sorte qu'avec sept jours, il leur en manquerait trois. Nous tentons d'individualiser les résultats des soins en fonction des besoins du patient, mais notre façon de faire à cet égard est assez particulière, car elle est systématique. Selon moi, c'est à cela qu'un mécanisme de reddition de comptes devrait ressembler.

Le sénateur Mercer : Il me semble, en tant que vétéran qui a subi six ou sept opérations au genou, que nous traitons les patients à la porte d'entrée de l'hôpital pour ensuite les renvoyer chez eux. À l'exception des domaines comme la physiothérapie, les soins de santé semblent être un simulacre qu'on refile à d'autres.

Le sénateur Cordy : Vous avez tous les trois apporté un point de vue différent par rapport aux témoignages que nous avons entendus jusqu'ici, et nous vous en sommes reconnaissants.

Lorsqu'il est question de reddition de comptes, il me semble que ce que vous dites, c'est que nous devrions tenir compte du patient, et non du système. Or, si c'est du patient que nous tenons compte, nous devons franchir les limites des domaines de compétence au sein du gouvernement. Nous avons eu quelques affaires très médiatisées en Nouvelle-Écosse : celle à laquelle vous avez fait allusion relativement à l'enlèvement allégué, et le cas de cette femme vivant une existence très paisible qui s'était soudainement retrouvée dans le système judiciaire en n'ayant pas d'endroit où vivre, notamment. Je sais qu'il y a des centaines d'autres cas qui font peu de bruit et qui ne se rendent pas jusqu'aux journaux. Docteur MacKnight, vous avez cité plusieurs cas en exemple ce matin. Ces cas changent-ils les choses? Abat-on davantage de cloisons? Voit-on des organismes gouvernementaux comme le ministère des Services communautaires collaborer avec les soins de santé? Le système de justice collabore-t-il avec les services communautaires et le réseau des soins de santé? Si nous tentons de répondre aux besoins de notre population, soit, en l'occurrence, les aînés, nous devons franchir des limites de compétence et faire ce qui convient pour la personne concernée.

Dr Martell : Puisque je me suis occupé de ce dossier particulier, je vais tenter de répondre à cette question. La réponse la plus courte que je puis vous donner, à partir de ce cas précis, c'est qu'il y a eu un compte rendu. Il y a une initiative de la province, et elle est prise au sérieux. J'ai partagé la responsabilité de ce dossier avec un gériatre, le Dr Carver, et un comité provincial m'a demandé de passer en revue des lois qu'on envisage de mettre en œuvre selon des directives personnelles. Toutefois, à mon avis, il s'agit de mesures réactives, et non proactives. Elles voient le jour à cause d'une lacune dans le système et, à ce que je sache, ce n'est pas nécessairement la meilleure façon de mettre au point des politiques.

Dr. Rockwood: I await the groundswell of people trying to fix the problems of the seniors from the senior standpoint. That is not in my experience. Sometimes you do not have to cross the jurisdictional boundary to understand what the problems are. The example I have often used is that if someone at this moment were to have a cardiac arrest, there is an extremely well worked out procedure for what needs to be done. Similarly, if there were an accident outside here, there is an advanced trauma life support protocol for what should be done, and it is really down even to the point of who stands where by the bedside doing what. Everyone knows what to do, and a case from Oregon and one from Ontario look about the same.

If an older person shows up and starts to swing at his or her caregiver, then it is catastrophe. No one knows what to do. We run around. There is no protocol. I would be more optimistic if we had things like an advanced geriatric life support or an advanced behavioural problem intervention protocol so that we would know what to do and it would not default always to trying to get the one-offs.

Part of the frustration that Dr. MacKnight and I share in trying to help manage these patients is that the things that you learn about for patient X might not help you at all for patient Y, because patient X was a veteran who lived in this postal code area and it was a Thursday and that day there happened to be someone available and so on. There really is no systematic approach to problems that are occurring in a predictable way, and that is very frustrating. Even within the system, we have problems getting our act together on that. Again, that is because there is no specific reward attached for doing it well or sanction for doing the job badly.

Dr. MacKnight: I guess it is sort of a not-in-my-backyard syndrome. Chronic care says that acute care will look after it, and acute care says that chronic care will look after it, so it ends up being the family, who do not have the time, training or resources, who try to do it.

Senator Cordy: I would like to talk now about family doctors. Dr. Martell, you are a family doctor. The reality is that the family doctor is the front-line person. You are the person seniors are most likely to go to unless they are within the system and have a specialist that can look after them.

We have heard today that when a senior goes in, very often there is not just one issue. You have to go to look at the senior overall, so it will take more of your time. Most family doctors are being paid per patient. Do you get more money if it is a senior who is coming to see you? I was on the Prime Minister's Caucus Task Force on Seniors a few years ago, and I remember a lady in Victoria telling us the doctor is allowed 15 minutes, and "at my

Dr Rockwood : J'anticipe le tollé qui s'élèverait de la part de personnes qui tentent de régler les problèmes chez les aînés, du point de vue de ces derniers. Là n'est pas mon expérience. Parfois, il n'est pas nécessaire de franchir les limites de compétence pour comprendre en quoi consiste le problème. L'exemple que j'ai souvent utilisé, c'est que si quelqu'un, en ce moment, devait avoir un arrêt cardiaque, une procédure bien conçue est en place quant aux actions qui s'imposent. De manière semblable, s'il devait y avoir un accident ici, à l'extérieur, un protocole de traumatologie avancé indique ce qu'il faut faire, et il va même jusqu'à déterminer qui doit se trouver où au chevet du patient, et pour accomplir quelle tâche. Tout le monde sait quoi faire, et un cas en Oregon est plutôt semblable à un autre en Ontario.

Si une personne âgée se présente et commence à s'attaquer à son fournisseur de soins de santé, c'est la catastrophe. Personne ne sait ce qu'il faut faire. On court dans tous les sens. Il n'y a pas de protocole à cet égard. Je serais davantage optimiste si nous avions des outils avancés comme un soutien à la vie gériatrique ou un protocole d'intervention en cas de problème comportemental, qui nous permettraient de savoir quoi faire et ne feraient pas constamment défaut lorsqu'il s'agit de traiter les cas ponctuels.

Une partie de la frustration que le Dr MacKnight et moi partageons lorsque nous tentons d'aider à la prise en charge de ces patients vient du fait que les choses qu'on apprend pour un patient X pourraient n'être d'aucune utilité pour le patient Y, puisque le patient X habitait dans une zone postale donnée, que c'était un jeudi et que ce jour-là, il se trouve qu'il y avait quelqu'un de disponible, et cetera. Il n'y a vraiment pas d'approche systématique quant aux problèmes qui se produisent de manière prévisible, et c'est très frustrant. Même au sein du système, nous avons du mal à nous y retrouver. Encore une fois, cela est dû au fait qu'il n'y a pas de récompenses particulières si l'on fait bien le travail, et pas davantage de sanctions dans le cas contraire.

Dr MacKnight : J'imagine que cela tient en quelque sorte du syndrome « pas dans ma cour ». Le milieu des soins pour malades chroniques dit que celui des soins actifs s'en occupera, et vice versa, alors ce sont les membres de la famille, qui n'ont ni le temps, ni la formation, ni les ressources nécessaires à cette fin, qui finiront par essayer de s'en charger.

Le sénateur Cordy : J'aimerais maintenant parler des médecins de famille. Docteur Martell, vous en êtes un. La réalité, c'est qu'un médecin de famille est la personne qui se trouve en première ligne. Vous et vos collègues êtes ceux à qui les aînés sont le plus susceptibles de s'adresser, à moins qu'ils soient déjà dans le système de soins de santé et aient un spécialiste qui puisse s'occuper d'eux.

Aujourd'hui, on nous a dit que lorsqu'un aîné entre dans le système, bien souvent, il n'y a pas qu'un seul problème en cause. On devra examiner l'état de santé de cet aîné de manière globale, alors cela prendra plus de temps. La plupart des médecins de famille sont rémunérés par patient. Êtes-vous payés davantage si c'est une personne âgée qui vient vous consulter? J'ai siégé au Groupe de travail libéral sur les aînés, il y a quelques années, et je

age,” she said, “it takes me 15 minutes to get my clothes off.” I am just wondering if you could sort of educate us on how you get paid as a family doctor.

Dr. Martell: I have patients who take 15 minutes to get into the exam room with the help of family, and these people living at home.

I am not motivated by money. I am forced to be a business person on the basis of the practice arrangement that exists, the only one that was available to me when I started my practice. I mentioned at the beginning of my remarks that we have a proposal to become a collaborative practice, a community health centre, and that is my dream job because would allow me the freedom to do other things.

You just said, “Dr. Martell, you are a family doctor and seniors go to you when they have a problem.” The ones I see come to me. The ones who are truly failing cannot come to me. I have to go to them or find some way to go to access them. I do not know to what degree elements of my practice are not doing well, if I do not see them. My availability is structured in a way that allows me to do business. I am a small business owner. I have to be conscious of that, and there are elements of my practice that are completely unfunded.

I am called upon constantly to sit in on case conferences to discuss difficult cases. I have got one in the hospital right now that is going very poorly — an aggressive patient in a place that is not appropriate for their care, and staff are frustrated. Most of the staff would say that ideally this patient should be sedated so that staff do not have to deal with the problems.

I have absolutely no reimbursement for that whatsoever. I am asked to take an hour out of my day to attend this and it is a necessity. I do it because I have to, but it is money lost.

The current master agreement that is in the midst of being voted on in the province addresses some of those problems, both with contingencies for complex care and with collaborative practice arrangements. To me it appears novel, if it works, but that is just here in the province. Not everybody is interested in doing it, but I think it would go a long way.

Senator Cordy: You are not getting paid for this morning. Is there something that we should be doing? You mentioned attending meetings, dealing with families, preparing for meetings, and so on. Should we be changing the way we pay family doctors?

Dr. Martell: That is a difficult question, and I do not know that I am representative of family doctors. I am motivated by the work I can do and not by the dollars it brings in, but I do not know that I am typical.

me souviens d’une dame de Victoria qui nous avait dit que le médecin pouvait accorder une consultation de 15 minutes, alors qu’à son âge, avait-elle déclaré, il lui fallait 15 minutes pour enlever ses vêtements. Pourriez-vous nous éclairer sur votre mode de rémunération en tant que médecin de famille?

Dr Martell : J’ai des patients qui mettent 15 minutes à entrer dans la salle d’examen avec l’aide de leur famille, et ces gens vivent chez eux.

Je ne suis pas motivé par l’argent. Je suis forcé d’être un homme d’affaires en raison de l’arrangement en vigueur dans la profession, le seul qui s’offrait à moi lorsque j’ai commencé à pratiquer. J’ai mentionné, au début de mes remarques, qu’on nous avait proposé de devenir une pratique collaborative, un centre de santé communautaire, et ce serait pour moi un emploi de rêve, car j’aurais la liberté de faire d’autres choses.

Vous venez de déclarer : « Docteur Martell, vous êtes un médecin de famille et les personnes âgées s’adressent à vous lorsqu’elles ont un problème. » Ceux qui me consultent viennent à moi. Mais ceux dont la santé se détériore véritablement ne peuvent venir me voir. Je dois aller jusqu’à eux, trouver une manière d’accéder à eux. J’ignore jusqu’à quel point les éléments de ma pratique ne vont pas bien, faute de les voir. Mes disponibilités sont structurées de manière à me permettre de faire des affaires. Je suis le propriétaire d’une petite entreprise. Je dois en être conscient; et il y a des composantes de ma pratique qui ne sont aucunement financées.

On me demande constamment d’assister à des conférences de cas pour discuter des cas difficiles. J’en ai un à l’hôpital, en ce moment, qui va très mal — un patient agressif qui se trouve dans un lieu inadéquat pour soigner ce genre de patients — et le personnel est indigné. La majorité du personnel dirait qu’idéalement, on devrait lui administrer des sédatifs pour que les employés n’aient pas à se charger des problèmes.

Je n’ai absolument aucun remboursement pour cela. On me demande de prendre une heure de ma journée pour assister à cette séance, et c’est une nécessité. Je le fais parce qu’il le faut, mais c’est de l’argent perdu.

L’actuel accord-cadre sur lequel on s’apprête à voter dans la province règle une partie de ces problèmes, tant au moyen de fonds pour éventualités pour les soins complexes qu’avec des modèles de pratique coopérative. Cela me semble original, si cela doit fonctionner, mais cette mesure sera seulement appliquée ici, dans la province. Tout le monde n’est pas intéressé à le faire, mais je crois que ce sera d’une grande utilité.

Le sénateur Cordy : Vous n’êtes pas rémunéré pour ce matin. Est-ce une chose que nous devrions faire? Vous avez parlé d’assister à des réunions, de traiter avec les familles, de vous préparer pour des rencontres, et cetera. Devrions-nous changer notre manière de rémunérer les médecins de famille?

Dr Martell : C’est une question difficile et je ne sais pas si je suis représentatif des médecins de famille. Je suis motivé par le travail que je peux accomplir et non par les dollars que cela me rapporte, mais j’ignore si je suis un médecin de famille type.

The Chair: That is not the motivation, but the reality is that we have established pay schedules that are reflective of the kind of technological medicine that we practice. For example, I know that the vast majority of palliative care physicians, which is a cause close to my heart, come from either oncology or internal medicine. They get paid less to deliver palliative care services than they would if they were practicing internal medicine or if they were practicing oncology, and I would suggest to you that is because internal medicine and oncology are high-tech deliverers of systems, whereas palliative care is very low-tech in terms of delivery of system. I would like to hear your comments on that, not to make it sound as if you yourself are asking for more money, but if we are asking about true accountability and we are saying that the accountabilities should be with the patient, are we not doing this all backwards?

Dr. Martell: Yes, but how do you do it the right way? In our district we have a full-time palliative care physician. He was a family doctor but got to a point in his career where he was burning out as a family doctor, so he went to pursue his passion, caring for the dying, for personal motivations. Dr. David Abriel is a great mentor in our district. I do not know that he knew he would live this long. He is not very old, but the work that he does I do not think is easily done by anybody else.

It is actually an interest of mine as well. I have given thought myself to going back to doing palliative care medicine, and the pay I would get from that would be whatever it is, but, in my vision, the value in doing that type of work is the value of life experience.

I made some notes while Dr. Rockwood was talking about the three goals: preserving function, relieving suffering and avoiding premature death. If these are our goals, then we want to tie the amount of available resources to those goals and list them as outcome measures, but they are not very easy to measure. There are ways to measure them — studies are done on these things — but they are all sort of pertinent negatives. How do you give an incentive for a palliative care physician? How do you measure a good death? It is not a tangible thing. How do you measure the suffering that has been alleviated? If you can tie incentives to the way these things are measured, of course more and more outcomes will come to you. It is a business model.

The other part of that is taking away the drive to earn income on the basis of outcomes. If we were all salaried physicians and happy with our salaries, then we would have the freedom to do work that we otherwise would not do.

Dr. Rockwood: I have two quick comments. One is that the money that gets paid out is a statement of values. There are technological things, and it is a statement of the skills required to master certain procedures, but after that it becomes a statement of values.

Internal medicine is not particularly technologically driven. It uses technology, but that is not procedure-based. The same with oncology. For Dr. MacKnight and me, the reality is that as

La présidente : Il n'est pas question de motivation, mais du fait que nous avons établi des barèmes de paie qui reflètent la sorte de médecine technologique que nous pratiquons. Par exemple, je sais que la grande majorité des médecins en soins palliatifs, œuvraient en oncologie ou en médecine interne. Ils sont moins payés pour fournir des services de soins palliatifs que s'ils exerçaient la médecine interne ou s'ils œuvraient en oncologie, et je vous dirais que c'est parce que la médecine interne et l'oncologie utilisent des systèmes de technologie de pointe alors que les soins palliatifs utilisent une technologie rudimentaire en matière de création de système. J'aimerais savoir ce que vous en pensez, pas pour donner l'impression que vous personnellement réclamez plus d'argent, mais si nous demandons une véritable reddition de comptes, en disant que celle-ci réside chez le patient, est-ce que nous n'adoptons pas une attitude passéiste?

Dr Martell : Oui, mais comment procède-t-on de la bonne façon? Dans notre district, nous avons un médecin à plein temps qui dispense des soins palliatifs. C'était un médecin de famille mais qui en était arrivé à un point de sa carrière où sa tâche l'épuisait et il s'est donc concentré à sa passion qui était de prendre soin des malades en fin de vie, pour des motifs personnels. Le Dr David Abriel est un grand mentor dans notre district. J'ignore s'il savait qu'il allait vivre aussi longtemps. Il n'est pas très vieux mais le travail qu'il fait ne serait pas facilement accompli, à mon avis, par quelqu'un d'autre.

En fait, c'est aussi un de mes intérêts. J'ai songé également à retourner à la pratique de la médecine des soins palliatifs et le salaire que j'en retirerais serait celui qu'on obtient, mais de mon point de vue, la valeur de ce genre de travail est la valeur d'une expérience de vie.

J'ai pris quelques notes pendant que le Dr Rockwood parlait au sujet des trois objectifs : préserver les fonctions, soulager les souffrances et éviter une mort prématurée. Si ce sont nos objectifs, nous voulons y affecter le montant des ressources disponibles et les énumérer comme des mesures de résultats, mais ils ne sont pas faciles à mesurer. Il y a des moyens de le faire — on fait des études là dessus — mais tous sont en quelque sorte des éléments négatifs pertinents. Comment donner un incitatif à un médecin en soins palliatifs? Comment mesurer une bonne mort? Cela n'a rien de tangible. Comment mesurer les souffrances qui ont été allégées? Si l'on associe des incitatifs à la façon dont ces résultats sont mesurés, bien entendu de plus en plus de résultats viendront à l'esprit. C'est un modèle de gestion.

L'autre aspect consiste à supprimer la volonté de gagner un revenu en se fondant sur les résultats. Si nous étions tous des médecins salariés et satisfaits de nos salaires, nous serions libres de faire le travail que nous n'accomplirions pas autrement.

Dr Rockwood : J'ai deux courtes observations. La première, c'est que l'argent qui est versé est un énoncé de valeurs. Il y a des aspects technologiques, et c'est un énoncé des compétences nécessaires pour maîtriser certaines procédures, mais cela devient par la suite un énoncé de valeurs.

La médecine interne n'est pas particulièrement axée sur la technologie. Elle utilise la technologie mais pas de manière procédurale. Il en va de même pour l'oncologie. Pour le

subspecialists in geriatric medicine having done internal medicine first, we get paid less than the internal medicine doctors do. I am always nervous when I hear doctors whining about their salaries or their revenue shares, whatever the correct term is. What we could say is that the experiment of "Is this a way to attract more people to geriatric medicine?" has been done, and the answer is "No, that is not an attractive proposition."

I was recently in Ireland, where they had a very small number of geriatrics in the 1980s and they will have a very large number now. They are at 76 for a population of 4.2 million and they are aiming for 110 in three years time, and they will get there. They paid those doctors more than most other doctors were paid. Suddenly they found that the problem of where would those doctors come from went away. People were lining up to do the work. We could try that experiment here, too.

Dr. MacKnight: What Dr. Rockwood did not tell you is that he is attending in internal medicine right now and earning less than other specialists who are doing the same job just because he is a geriatrician who is intrinsically valued less.

I do not think most doctors are necessarily interested in money on its own, but rather they are interested in being able to do a good job and having access to resources to do a good job and being able to innovate and be flexible and try to put in place a practice that will meet the needs of their patients. So long as they are earning what they think they are worth, which is, of course, a different thing altogether, I think the lifestyle and the practice pattern for everybody is as important as the money that is attached to it. Dr. Rockwood and I, in an alternate funding plan from the Nova Scotia Department of Health, do have a fair bit of flexibility in terms of team conferences and phone calls and house calls and so on that physicians who are not in an alternative funding plan do not have. Some doctors prefer to be in a fee per service pattern, so it is hard to say that one size fits all, but there are different initiatives that can be done that can make it possible for people to work in a pattern that they enjoy.

The Chair: To put it in other words, it is not a terribly sexy aspect of practising medicine.

Senator Cordy: Nor should you be penalized for spending a lot of time with your patients, because you also have families that need things that cost money.

I would like to go back to the incentives. Perhaps one incentive is to pay gerontologists more money, but what are the incentives to get people involved in geriatric medicine? On Friday, a woman in Welland told us that she speaks to schools about the volunteer work that she does in aging. One of the young girls asked her, "Why are you talking to us about this?" and this woman

Dr MacKnight et moi, la réalité, c'est qu'à titre de sous-spécialistes en médecine gériatrique, après avoir pratiqué la médecine interne, nous sommes moins payés que les médecins de médecine interne. Je suis toujours nerveux quand j'entends des médecins se plaindre de leur salaire ou de leur part de revenu, quel que soit le terme qui convient. Ce qu'on pourrait dire, c'est que lorsqu'on se demande si c'est un moyen d'attirer plus de médecins en médecine gériatrique, la réponse est non, ce n'est pas une proposition attrayante.

Dernièrement, j'étais en Irlande, où dans les années 1980, ils avaient un très petit nombre de médecins spécialisés en gériatrie et ils en auront désormais un très grand nombre. On en comptait 76 pour une population de 4,2 millions et ils visent un chiffre de 110 dans trois ans et ils y arriveront. Ils ont payé ces médecins beaucoup plus que la plupart des autres médecins. Soudain, ils se sont rendu compte que la question de savoir d'où viendraient ces médecins avait disparu. Ces médecins faisaient la queue pour faire le travail. Nous pourrions faire cet essai-là ici aussi.

Dr MacKnight : Ce que le Dr Rockwood ne vous a pas dit, c'est qu'il exerce actuellement la médecine interne et gagne moins que d'autres spécialistes qui accomplissent le même travail, simplement parce qu'il est gériatre auquel on attribue une valeur intrinsèque moindre.

Je ne crois pas que la plupart des docteurs s'intéressent nécessairement à l'argent comme tel, mais ils s'intéressent plutôt à pouvoir faire un bon travail et à accéder à des ressources pour y parvenir et à être en mesure d'innover et d'être souples et ils s'efforcent de mettre sur pied une pratique qui répondra aux besoins de leurs patients. En autant que leur salaire correspond à ce qu'ils estiment être leur valeur, ce qui bien entendu est quelque chose de tout à fait différent, je crois que le mode de vie et le type de pratique pour chacun est aussi important que l'argent qu'il procure. Le Dr Rockwood et moi, en vertu d'un plan de financement successif du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse, jouissons de pas mal de souplesse sur le plan des conférences et des équipes, des appels téléphoniques et des visites à domicile, et cetera, dont ne jouissent pas les médecins qui ne bénéficient pas d'un tel plan. Certains médecins préfèrent la formule du coût établi par service — il est donc difficile de dire que la même solution s'applique à tous —, mais il y a différentes initiatives qui pourraient être prises et qui permettraient aux médecins de travailler selon une formule qui leur plaît.

La présidente : Autrement dit, ce n'est pas un aspect terriblement excitant de l'exercice de la médecine.

Le sénateur Cordy : Pas plus que vous ne devriez pour consacrer pas mal de temps à vos patients, parce que vous aussi avez des familles qui ont des besoins qui coûtent de l'argent.

J'aimerais revenir aux incitatifs. Peut-être qu'un incitatif serait de mieux rémunérer les gérontologues, mais quels sont les moyens qui inciteraient les gens à pratiquer la médecine gériatrique? Vendredi, une dame de Welland nous a dit qu'elle va dans les écoles pour parler du travail bénévole dont elle s'acquitte à propos du vieillissement. L'une des jeunes filles lui a demandé :

answered, "Well, I care about your future." She said the young girl sort of stepped back and said, "Yes, it is about my future." How do we encourage health care professionals to enter this field?

Dr. MacKnight: I have been the president of the Canadian Geriatrics Society; we have looked at that question. Part of it you cannot do anything about unless you want to limit geographic mobility, but it seems a lot of people who do geriatrics had close relationships with their grandparents. I did, I think Dr. Rockwood did, and it sounds like Dr. Martell did. That is one way to do it, but we cannot tell people that they have to live in an extended family.

Exposure to geriatrics in medical school and in training is probably the biggest thing. I think you did that for palliative care by strongly encouraging universities to make that a requirement. In most medical schools in Canada there is no mandatory exposure to geriatrics. Students finish their four years in medical school not knowing that geriatrics even exists, so how will they choose that for a specialty? They have to decide on their specialty towards the end of their third year of training.

If the universities and medical schools establish more access to programs in geriatrics, not only for physicians but also for nurses, occupational therapists, physiotherapists and the whole range of health care professionals, that would be one way to attract people. Then having positions available is key. For example, I am the program director of the geriatric medicine training program at Dalhousie University; we had an applicant last year, but we did not have a position to offer her because we had to compete with all the other subspecialties and we were lower down on the priority list.

The Chair: Are you talking about a residency position?

Dr. MacKnight: Yes. There was no residency position to offer this applicant. She did get a position in Vancouver, and it is highly unlikely she will work here in Nova Scotia after training in Vancouver. Those are the main points: exposure during medical school and then access to positions when people are actually interested.

Dr. Martell: I am now nine years out of medical school. We were made to make decisions about our careers very early on. For the first three years of medical school I was gearing up for a career in general surgery; only in third year did I decide that that was not for me and I pursued something else. At the time of the match, many people still have not had any exposure at all to certain of the specialties, and that is an absolutely critical juncture.

Medical schools in Canada are autonomous bodies, and they are really not given specifics regarding what you have to do. However, they do receive funding, and putting incentives in place to make sure that exposure happens is one step that can be made to ensure that we have adequate supplies. I come from the time in

« Pourquoi nous parlez-vous de cela? » et la dame a répondu : « Eh bien, je m'intéresse à votre avenir. » La jeune fille, paraît-il, a pris du recul et déclaré : « Oui, c'est au sujet de mon avenir. » Comment encourager les professionnels de la santé de se lancer dans ce domaine?

Dr MacKnight : J'ai été président de la Société canadienne de gériatrie; nous avons envisagé cette question. On ne peut rien faire à moins de vouloir limiter la mobilité géographique mais il semble que bien des gens impliqués en gériatrie avaient des rapports étroits avec leurs grands-parents. Ce fut mon cas et, je crois, celui du Dr Rockwood également, et on dirait que c'était aussi le cas du Dr Martell. C'est une façon de procéder, mais on ne peut pas dire aux gens qu'ils doivent vivre dans une famille élargie.

Ce qui compte le plus probablement, c'est d'être exposé à la gériatrie en faculté de médecine et en formation. Je crois qu'on l'a fait pour les soins palliatifs en encourageant vigoureusement les universités à en faire une exigence. Dans la plupart des facultés de médecine au Canada, on n'oblige pas les étudiants à se renseigner sur la gériatrie. Ils terminent leurs quatre années de médecine sans savoir même que la gériatrie existe, alors comment pourraient-ils la choisir comme spécialité? Ils doivent décider de leur spécialisation vers la fin de leur troisième année de formation.

Si les universités et les facultés de médecine permettent un meilleur accès aux programmes de gériatrie, non seulement pour les médecins mais aussi pour les infirmiers et infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et toute la gamme des professionnels de la santé, ce serait un moyen d'attirer des gens. Puis, il est essentiel d'avoir des postes disponibles. Par exemple, je suis le directeur d'un programme de formation en médecine gériatrique à l'Université Dalhousie; nous avions une candidate l'année dernière, mais nous n'avions pas de poste à lui offrir parce que nous devons faire concurrence à toutes les autres sous-spécialités et nous étions au bas de la liste de priorités.

La présidente : Parlez-vous d'un poste de résident?

Dr MacKnight : Oui, il n'y avait aucun poste de résident à offrir à cette candidate. Elle a obtenu un poste à Vancouver, et il est peu vraisemblable qu'elle viendra travailler en Nouvelle-Écosse après sa formation à Vancouver. Voilà les points principaux : des contacts à la faculté de médecine et ensuite un accès à des postes quand les gens sont en fait intéressés.

Dr Martell : Cela fait neuf ans que j'ai quitté la faculté de médecine. On nous faisait prendre des décisions au sujet de nos carrières très tôt. Pendant les trois premières années de faculté de médecine je me dirigeais vers une carrière en chirurgie générale; c'est seulement au cours de la troisième année que j'ai décidé que ce n'était pas ce qui me convenait, et j'ai poursuivi une autre carrière. Au moment de faire leur choix, bien des étudiants n'ont toujours pas eu de contact avec certaines des spécialités, et c'est un carrefour absolument crucial.

Les facultés de médecine au Canada sont des organismes autonomes et elles ne reçoivent pas d'instructions précises concernant ce que l'on doit faire. Cependant, elles reçoivent un financement, et créer des incitatifs pour s'assurer que ce contact s'établit est une étape que l'on peut franchir pour être en mesure

the mid-1990s when there was a 10 per cent to 15 per cent cut in enrolment generally in medical school. Of course, now we are seeing the shortage. Somebody did not have vision.

The Chair: Health care economists recommended that.

Dr. Martell: Do you have a name?

Senator Cordy: Dr. MacKnight, I was interested in your comment. I have always taken it at face value when people say that the next generation of seniors will be healthier, but you are absolutely right. I was on the Kirby committee. We heard over and over again about childhood obesity. You mentioned asthma. I used to be an elementary school teacher. When I first started teaching many years ago it was rare to have a student with asthma. When I finished teaching eight years ago, every class had five or ten kids who had various levels of asthma or allergies.

I do not think Canadians are any different than I am. I think many Canadians are thinking that the next generation of seniors will be healthier and will live longer. How will we get the message across that we had better start preparing now if we want to have healthy aging?

Dr. MacKnight: Reading through your transcripts, I noticed that Senator Mercer missed a meeting because of a health issue, and I think Senator Keon mentioned a health issue once; even you are not what a colleague of mine refers to as "geriatric astronauts," people who are in perfect health in late age.

We have all heard for years all the things you need to do to grow up and grow older healthier, and we all know those things from the ParticipACTION program and so on, but how many people actually do it? Then we look at the data about physical activity: people are not physically active. People are getting more obese and have higher rates of diabetes. To believe that the boomers are healthy and that healthy boomers will remain healthy at age 60, 70 or 80 is wishful thinking. We all know what needs to be done to get those messages out; it has been done before and it has been done successfully, and we just need to put more effort into doing what we already know how to do.

Senator Mercer: We have had some terrific observations, but there is an obvious question we have not asked: Is a system somewhere that is doing it better, doing it right, that we should examine and try to model ourselves on, or if we go down this road, are we inventing the wheel?

Dr. Rockwood: I think you will find components of systems everywhere. I have worked with colleagues in Sweden and I have always been impressed with their ability to have more age-friendly cities, for example.

d'avoir des réserves suffisantes. À mon époque, au milieu des années 1990, il y avait une baisse de 10 à 15 p. 100 des étudiants enrôlés dans les facultés médicales. Nous en voyons maintenant la pénurie. Quelqu'un manquait de vision.

La présidente : Les économistes dans le domaine des soins de santé l'avaient recommandé.

Dr Martell : Avez-vous un nom?

Le sénateur Cordy : Docteur MacKnight, votre observation m'a intéressée. J'ai toujours pris pour argent comptant lorsque les gens disent que les aînés de la génération suivante seront en meilleure santé, mais vous avez parfaitement raison. J'ai siégé au comité Kirby. On nous a parlé à maintes et maintes reprises de l'obésité des enfants. Vous avez parlé de l'asthme. J'étais un enseignant d'école élémentaire. Quand j'ai commencé à enseigner, il y a bien des années il était rare d'avoir un élève qui souffrait d'asthme. Quand j'ai fini d'enseigner, huit ans plus tard, dans chaque classe il y avait au moins de cinq à dix enfants qui souffraient, à différents degrés, d'asthme ou d'allergies.

Je ne pense pas que les Canadiens soient différents de moi. Un bon nombre d'entre eux estiment que la prochaine génération d'aînés sera en meilleure santé et vivra plus longtemps. Comment allons-nous transmettre le message qu'il vaudrait mieux nous y préparer dès maintenant si l'on veut avoir une vieillesse en bonne santé?

Dr MacKnight : En consultant le compte rendu, j'ai remarqué que le sénateur Mercer avait raté une réunion pour cause de maladie, et je crois que le sénateur Keon a signalé une question de santé déjà; même si vous n'êtes pas ce qu'un de mes collègues appelle des astronautes gériatriques c'est-à-dire des gens qui sont en parfaite santé à un âge avancé.

Nous avons tous entendu pendant des années toutes les choses que nous devrions faire pour grandir et vieillir en bonne santé, et nous connaissons tous des programmes comme ParticipACTION, et cetera, mais en réalité combien de personnes font ces choses-là? Puis on consulte les données au sujet de l'activité physique : les gens ne sont pas physiquement actifs. Ils deviennent plus obèses et ils souffrent de diabète à des degrés plus élevés. Croire que les baby-boomers sont en bonne santé et qu'ils y resteront à l'âge de 60, 70 ou 80 ans est une illusion. Nous savons tous ce qu'il faudrait faire pour transmettre ces messages. Il faut le faire avant et le faire avec succès et nous devons simplement concentrer plus d'efforts à faire ce que nous savons déjà comment faire.

Le sénateur Mercer : Nous avons entendu des observations sensationnelles, mais il y a une question évidente que l'on n'a pas posée : existe-t-il un système quelque part qui donne de meilleurs résultats, que nous devrions examiner et essayer de nous en inspirer ou, si nous continuons dans cette voie, allons-nous inventer la roue?

Dr Rockwood : Je crois que vous trouverez des éléments de systèmes partout. J'ai travaillé avec des collègues en Suède et j'ai toujours été impressionné par leur aptitude à avoir plus de villes à l'écoute des personnes âgées, par exemple.

In Canada we still do things like build houses with the steps outside, and that makes no sense whatsoever. We have treeless sidewalks where the wind would blow over a 25-year-old, never mind an 85-year-old. Basic things like that we do not do; they are not reflected in our building codes, and developers left to their own apparently will not do them, yet people still buy. Those elements are part of the big picture.

Regarding the provision of care, often by the time someone is frail, your ability to influence their outcomes in a dramatic way is much less than being able to have a safe and healthy environment for them. That being said, there are places, including Sweden and health districts within the U.K., that have put a lot of work into this and seem to be moving that way as well.

I have been intrigued to be invited to Ireland in two weeks' time to talk to a conference that has been brought about by the Irish government. The conference will include people at the highest levels and will reach broadly into the community as well, with architects, police, developers and so on attending. The title of the conference is "What would it take to make Ireland the best country in the world in which to grow old?" It struck me that that is a very different way to think about the problems of an aging society.

I was struck when I was speaking with people there a couple of weeks ago who have been through the experience of the Celtic Tiger. I talked to a man who said that he grew up in a day when it was inconceivable that by 2008 Ireland would have the success that it does, and yet here they are doing it. They see population aging as just another challenge that they will get around.

I often remind people that a lot of the challenge of the aging baby boom is because the parents of the aging baby boom got through the Depression and won a war. Compared to that, the challenge that we are up against is small. If we cannot lick this, shame on us.

Senator Mercer: It seems to me that when we talk about healthier aging, we have acknowledged that we will live longer but will not necessarily live healthier. It is more of an observation than a question. It is a sad reflection on where we have come after we have all learned about ParticipACTION. It is our lack of participation that will get us in the end.

The Chair: Just as Dr. Martell began his presentation with the story of his family, my engagement in palliative care and now in the greater issue of aging is of course also a family story.

My father had a massive stroke in 1970 at a time when stroke victims were written off completely. There was little in the way of physiotherapy, little in the way of anything. He died in 1980 after

Au Canada, nous continuons à construire des maisons avec les escaliers à l'extérieur, ce qui n'a absolument aucun sens. Nous avons des trottoirs sans arbres, où le vent emporterait un jeune de 25 ans, imaginez une personne de 85 ans. Nous ne faisons pas de choses fondamentales comme celles-là; on ne les retrouve pas dans nos codes du bâtiment, et les promoteurs à qui on laisse libre cours ne le feront pas d'eux-mêmes, semble-t-il, mais les gens continuent d'acheter. Ce sont là des éléments qui font partie de l'ensemble.

Pour ce qui est de la prestation de soins, il arrive souvent que lorsqu'une personne devient fragile, votre capacité d'influer sur ses résultats de façon marquée est beaucoup moindre que de pouvoir compter sur un milieu sain et sécuritaire pour elle. Cela dit, il y a des endroits, notamment en Suède et dans des districts de santé du Royaume-Uni, qui y ont consacré beaucoup de temps et d'énergie et semblent également prendre cette orientation.

J'ai été fort intrigué de recevoir une invitation de l'Irlande pour prendre la parole lors d'une conférence qui aura lieu dans deux semaines et qui a été organisée par le gouvernement irlandais. Les participants à cette conférence viendront des échelons les plus élevés et comprendront notamment un vaste éventail de gens de la collectivité comme des architectes, des policiers, des promoteurs et j'en passe. La conférence s'intitule « Que faudrait-il pour faire de l'Irlande le meilleur pays au monde où vieillir? » Ce titre m'a frappé car c'est une façon très différente de penser aux problèmes d'une société vieillissante.

Cela m'a frappé, il y a quelques semaines, lorsque je discutais avec des gens là-bas qui ont vécu l'expérience du Tigre celtique. Je parlais avec un homme qui disait avoir grandi à une époque où il était inconcevable de penser qu'en 2008 l'Irlande aurait connu le succès qu'elle connaît, et pourtant c'est ce qui arrive. Ils considèrent le vieillissement de la population tout simplement comme un autre défi à surmonter.

Je rappelle souvent aux gens qu'une grande partie du défi de la génération vieillissante du baby-boom résulte du fait que les parents des enfants de cette génération ont vécu la Dépression et ont gagné une guerre. Comparativement, le défi auquel nous sommes confrontés est petit. Si nous ne pouvons pas y parvenir, nous devrions avoir honte.

Le sénateur Mercer : Il me semble que lorsque nous parlons de vieillir en meilleure santé, nous avons reconnu que nous allons vivre plus longtemps, mais pas nécessairement en meilleure santé. C'est davantage une observation qu'une question. C'est d'ailleurs une triste réflexion sur le point où nous en sommes après avoir tout appris au sujet de ParticipACTION. C'est notre manque de participation qui aura raison de nous en fin de compte.

La présidente : Au même titre que le Dr Martell a commencé son exposé avec l'histoire de sa famille, mon engagement dans les soins palliatifs et maintenant, dans la plus grande question du vieillissement, est de toute évidence aussi une histoire de famille.

En 1970, mon père a eu un accident vasculaire cérébral grave, à une époque où les victimes d'accidents vasculaires cérébraux n'avaient absolument rien pour s'en sortir. On n'avait

my mother looked after him for 10 years, and then she died seven months later because she had literally killed herself caring for my father.

That is a very common story still today. That is, I think, the need that you have presented, Dr. Rockwood, with respect to accountability, because we now have aging people looking after aging people, and the deterioration of the health of the caregiver is significant. What will we do to address those issues?

Dr. Martell: The silence is deafening.

The Chair: It was relatively easy when I championed the palliative care file. It was easy, relative to this situation, to find the dollars necessary for research. It was easy to put in a compassionate care benefit. Frankly, it was relatively easy to persuade the College of Physicians and Surgeons that there should be a core program in palliative medicine, and as of 2008 every student graduating in undergrad medicine will have one. It cost the federal government \$1.25 million to give to the College of Physicians and Surgeons to initiate the curriculum.

I am afraid I am much more stumped by the question of what recommendations this committee can make to the federal government regarding its responsibility, because we are primarily focused on the federal government. What can they do to make this system more accountable?

We have heard some people say that we need to make a more caring medicine delivery system, whereas right now it is a curing medical system. I do not reject that idea, but I need to know the practical. If I became the minister responsible for seniors tomorrow, what would be my top three priorities as a federal government minister? I knew what to do when I became the minister responsible for palliative care.

Dr. Rockwood: I think you are right that ultimately much of what gets delivered is a provincial responsibility, but there is a big role for a moral equation here. There is a big role for identifying where the system fails and for pointing out that some of the systematic obstacles that people have imposed on themselves are functions not of not knowing what to do, but of putting in place administrative systems that do not allow them to do it.

There is then a role that has very much been a traditional federal government undertaking, which is to do the research that allows the examples to be worked out well so that one can imagine something going on from that standpoint.

From standpoint of the provision of health human resources, there is precedents as well for the government to prioritize certain areas and to look to train more people within those areas.

pratiquement rien en fait de physiothérapie, très peu de quoi que ce soit. Il est décédé en 1980, après avoir reçu des soins de ma mère pendant dix ans, puis elle est décédée sept mois plus tard parce qu'elle s'était littéralement fait mourir à prendre soin de mon père.

De nos jours, cette histoire est encore très courante. C'est-à-dire, je pense, que le besoin dont vous avez parlé, docteur Rockwood, au sujet de la responsabilisation, parce que nous avons maintenant des personnes qui vieillissent qui s'occupent de personnes vieillissantes, et la détérioration de la santé de la personne soignante est importante. Qu'allons-nous faire pour régler ces questions?

Dr Martell : Le silence est assourdissant.

La présidente : C'était relativement facile à l'époque où j'étais la championne des soins palliatifs. C'était facile, par rapport à la situation actuelle, de trouver les fonds nécessaires pour la recherche. C'était facile d'octroyer une prestation de soignant. Bien franchement, c'était relativement facile de persuader le Collège des médecins et chirurgiens qu'il devrait y avoir un programme de base en médecine palliative et, depuis 2008, chaque étudiant qui obtient son diplôme de premier cycle en médecine en suivra un. Il a suffi d'une contribution de 1,25 million de dollars du gouvernement fédéral pour que le Collège des médecins et chirurgiens lance le programme.

J'ai bien peur d'être davantage désarçonnée par la question des recommandations que notre comité peut faire au gouvernement fédéral au sujet de sa responsabilité, car nous sommes principalement axés sur le gouvernement fédéral. Que peut-il faire pour rendre ce système plus redevable?

Nous avons entendu des gens dire qu'il nous faut un système de prestations de médicaments plus bienveillant, tandis qu'à l'heure actuelle nous avons un système médical guérissant. Je ne suis pas contre l'idée, mais j'ai besoin d'en connaître le côté pratique. Si demain je devenais la ministre responsable des aînés, quelles seraient mes trois priorités en tant que ministre fédérale? Je savais ce que je devais faire lorsque je suis devenue ministre responsable des soins palliatifs.

Dr Rockwood : Je pense que vous avez raison. Ultimement, une grande partie de ce qui est prodigué relève des provinces, mais il y a un énorme rôle ici pour une équation de moralité. Il y a un énorme rôle pour déterminer là où le système fait défaut et pour faire valoir que certains des obstacles systémiques que les gens se sont imposés sont des fonctions non pas de ne pas savoir quoi faire, mais de mettre en place des systèmes administratifs qui ne leur permettent pas de le faire.

Il y a ensuite un rôle qui a été vraiment traditionnel pour le gouvernement fédéral, à savoir de faire de la recherche qui permet de mettre au point des exemples de sorte que l'on peut imaginer qu'il se passe quelque chose de ce point de vue.

Pour ce qui est des ressources humaines en santé, il y a des précédents pour le gouvernement autant d'établir des priorités dans certains secteurs que de chercher à former encore plus de gens dans ces secteurs.

I think those would be three things you could do. Make the case in a way that is compelling; put in place programs that allow research to be done to allow the anecdotes to be turned into evidence; and help train more people who can provide the new models of care.

Dr. MacKnight: Dr. Rockwood gave my answers, while I would have said human resources, funding innovation and I guess the other thing would be community care — some sort of a national home care community care strategy.

Dr. Martell: My first intuition was to respond by saying make it sexy. In the very first part of my comments when I started I mentioned in passing about the Kirby commission and the Romanow report. I would hope that most people in Canada know what those are and know some of the content because of their successes in marketing.

Bringing awareness and understanding to the issue is a first step. I do not know how you go about doing that. Do you take some failing senior into the Senate chamber and say, "Look here"? I do not know how to go about that. I am not a marketer. Perhaps you have a senator who is already sitting.

Senator Cools: When I came to the Senate, we had a very old, aging senator. She used to arrive with her wheelchair, and I remember with great vividness that any time people wanted to show a negative image of the Senate, they would show this very old woman. She must have been in her nineties. I am not too sure whether in today's community with a growing consciousness of aging, age and disability they might do that, but I wanted to let you know I have witnessed that sort of thing. I think your point is well taken.

Dr. Martell: On the point of trying to make it sexy, I think that is actually possible if you look at the complexity of the problem of aging. It is a massively complex problem, and yet it is yielding to inquiry. I would think that when people see the intellectual challenge and that strides are being made to address the intellectual challenge, that would be a way to motivate.

Certainly for some of the people you want to come on and be opinion leaders, persuading them of what an intellectually complex and appealing area this is would be one tactic. One of the highest paid specialties within medicine is gastroenterology. You cannot think that that subject matter is inherently attractive, right? Compared to that, we should have an easy sell.

Senator Cools: If there is anything else that you think of or that you have been thinking of but have not had the chance to say, you should certainly throw it in in the next few minutes.

My question is about the apprehension, fear or reluctance of caregivers to deal with dementia and the other pathologies of old age, their inability, basically, to confront or face agitation in

Voilà selon moi trois choses que vous pourriez faire. Faites en sorte d'être convaincants; mettez en place des programmes qui permettent de faire de la recherche afin que les anecdotes deviennent des éléments de preuve; et aidez à former encore plus de gens qui peuvent fournir les nouveaux modèles de soins.

Dr MacKnight : Le Dr Rockwood a donné mes réponses, mais j'aurais dit les ressources humaines, le financement de l'innovation et je suppose que l'autre priorité serait les soins communautaires — une sorte de stratégie nationale de soins communautaires à domicile.

Dr Martell : Ma première intuition aurait été de répondre en disant de faire quelque chose de « sexy ». Au tout début de mes observations, j'ai mentionné en passant la Commission Kirby et le rapport Romanow. J'ose espérer que la plupart des gens au Canada savent de qui il s'agit et en connaissent une partie du contenu en raison de leurs succès du point de vue du marketing.

Une première étape est d'être sensibilisés à cette question et de la comprendre. Je ne sais pas ce que vous devez faire pour y parvenir. Amenez-vous une personne âgée dont la santé se détériore au Sénat et lui dites-vous : « Regardez ici »? Je ne sais pas comment on devrait s'y prendre. Je ne suis pas un spécialiste du marketing. Vous avez peut-être un sénateur qui est déjà présent.

Le sénateur Cools : À mon arrivée au Sénat, nous avions un sénateur très âgé. Elle arrivait dans son fauteuil roulant, et je me rappelle encore très clairement que chaque fois que des gens voulaient donner une image négative du Sénat, ils montraient cette femme très âgée. Elle avait sûrement plus de 90 ans. Je ne suis pas certaine si de nos jours, avec la prise de conscience toujours accrue du vieillissement, de l'âge et de l'invalidité, ils pourraient faire cela, mais je voulais vous faire savoir que j'avais été personnellement témoin de ce genre de choses. Votre point est bien noté.

Dr Martell : Pour ce qui est d'essayer de le rendre sexy, je pense que c'est en réalité possible si vous tenez compte de la complexité du problème que représente le vieillissement. C'est extrêmement complexe, et pourtant on se pose des questions. J'oserais penser que lorsque les gens voient le défi intellectuel et que des progrès énormes sont réalisés pour relever le défi intellectuel, ce serait une source de motivation.

Il est bien évident que pour certaines personnes vous voulez devenir des leaders d'opinion, les persuader à quel point il s'agit d'un aspect intéressant et complexe au plan intellectuel; ce serait une tactique. La gastroentérologie est une des spécialités de la médecine les mieux rémunérées. Vous ne pouvez pas penser que la question soit vraiment intéressante, n'est-ce pas? Comparativement à cela, nous ne devrions avoir aucune difficulté à convaincre les gens.

Le sénateur Cools : S'il y a quoi que ce soit d'autre auquel vous pensez ou vous avez pensé mais n'avez pas pu le mentionner, vous devriez certainement le faire dans les prochaines minutes.

Ma question a trait à l'apprehension, la crainte ou la réticence des personnes soignantes de parler de la démence et des autres pathologies du vieil âge, de leur incapacité, essentiellement, de

patients — agitation, provocation, aggression, or whatever you want to call it. I am very sympathetic, because I spent a large part of my life working in crisis interventions. As I was listening to you, I was recalling a situation where we had to have a woman taken away in a straitjacket by hospital attendants. Now even that language has disappeared in today's community, but I remember how sensitive the individuals were when they came to take her. She was essentially having a psychotic breakdown right before our eyes.

In those days, any time there was any problem like that, as the captain of the ship I was immediately brought up on deck to deal with it, and I had developed a large number of techniques for calming. One of them is as simple as just placing your hand directly over the forehead and just giving the person some physical support. You will see the person's body start to calm down. However, I always remember that the skill they used this time was to talk to her very gently, very sweetly, almost like she was a little child; they calmed her down and then, low and behold, put her into the straitjacket and took her away.

What I am understanding is that in these huge areas of medicine, like cardiac arrest and cardiology, some of these processes and procedures are down to a science. You do this, you do that, you administer oxygen, and so on, but in other areas when you are dealing with unreason and, let us be frank, psychic deterioration, it is not so easy to develop strategies or a definite procedure. I wonder whether you have any ideas of such systems.

Is perhaps a literature needed? Do we need a literature to develop around how to manage those kinds of problems? Or is it just that those skills are a function of individual human beings who have those talents and sensitivities and who bring them to the case? I remember a particular case of a man who went on like this for many years, His death certificate stated, "Cause of death: apoplexy."

Do you have any thoughts about how some of those techniques or systems could be put into operation to deal with unreason and with individuals who are provocative and aggressive? Some of them have no insight whatsoever. That is a characteristic of dementia.

Dr. MacKnight: It is not really unreason. The person is still in there and the person will still respond to a warm and caring caregiver, which it sounds like you were.

You said that you had developed various techniques, and other people can develop techniques and you can teach those techniques. For example, difficult behaviours in dementia can be divided into four basic categories: verbal, physical, aggressive or non-aggressive. Those have a very defined set of underlying

faire face à l'agitation chez les patients — agitation, provocation, agression ou peu importe ce que vous voulez l'appeler. Je compatis énormément car j'ai consacré une grande partie de ma vie à intervenir lors de crises. Pendant que je vous écoutais, je me suis rappelée d'une situation où nous avons dû faire emmener une femme en camisole de force par des membres du personnel de l'hôpital. Même le langage a disparu dans la collectivité d'aujourd'hui, mais je me rappelle à quel point les personnes ont été sensibles lorsqu'elles sont venues la chercher. Elle faisait en fait une crise psychotique.

À cette époque, chaque fois que survenait un problème semblable, en tant que commandant du navire, on me faisait venir immédiatement sur la passerelle pour régler le problème, et j'ai dû mettre au point de nombreuses techniques pour calmer les gens. L'une de ces tactiques n'était rien d'autre que de tout simplement mettre la main directement sur le front et d'apporter un soutien physique, et vous pouviez voir le corps commencer à se détendre. Cependant, je me rappelle toujours que la technique utilisée cette fois-là a été de lui parler très gentiment, avec beaucoup de douceur, comme si elle était une petite enfant; il l'ont calmée puis, finalement, ils lui ont passé la camisole de force et l'ont emmenée.

Ce que je crois comprendre, c'est que dans ces énormes domaines de la médecine, comme la cardiologie et l'arrêt cardiaque, un certain nombre de ces processus et procédures deviennent une science. Vous faites ceci, vous faites cela, vous administrez de l'oxygène, et tout le reste, mais dans d'autres domaines, lorsque vous êtes face à la déraison et, disons-le franchement, à une détérioration psychique, il n'est pas si facile d'élaborer des stratégies ou une procédure déterminée. Je me demande si vous n'auriez pas des idées relativement à de tels systèmes.

Peut-être que nous avons besoin d'une documentation? Avons-nous besoin d'élaborer une documentation sur la façon de gérer de telles situations? Ou est-ce simplement que ces techniques sont une fonction des êtres humains qui ont ces dispositions et ces talents et qui les mettent en pratique? Je me rappelle du cas d'un homme dans cette situation pendant de nombreuses années et lorsque j'ai lu son certificat de décès, à la cause du décès on avait tout simplement inscrit « Apoplexie ».

Avez-vous des réflexions sur la façon dont certaines de ces techniques ou certains de ces systèmes pourraient être mis en application pour s'occuper de la déraison et de personnes qui sont agressives, provocatrices? Il y en a certaines qui n'ont absolument aucune intuition. C'est d'ailleurs une caractéristique de la démence.

Dr MacKnight : Ce n'est pas vraiment une déraison. La personne est toujours là et la personne répondra à une personne soignante chaleureuse et compatissante, ce que vous étiez me semble-t-il.

Vous avez dit que vous avez mis au point diverses techniques et que d'autres personnes peuvent mettre au point des techniques et que vous pouvez enseigner ces techniques. Par exemple, les comportements difficiles en démence peuvent se répartir en quatre catégories de base : verbal, physique, agressif ou non agressif. Ces

causes to rule out as simple, fixable things, and then they have a defined set of approaches, although each approach will not necessarily work for each individual, but you can test things in order. All that knowledge is out there. It just needs to have the experts who know it be able to translate that to the caregivers in the home and the family so that they can use it. However, we do not have enough people who know how to do that and know how to teach people on a one-on-one basis and in thousands of households in Canada how to do that.

Dr. Martell: Modern medicine has horrors, anecdotes and examples that we give from our cases in practice to illustrate points, and I have one that is relevant to this sort of situation. I have an aggressive patient who was hospitalized with family unable to care for him just at the end, and he was placed in hospital. Of course, in cases like this, usually caregivers are strained and have been failing for months on end. They actually have very good strategies for dealing with the problems as they arise, but they just get to a point when they have had enough. The patient is thrown into an unfamiliar environment, and of course the aggressive behaviour gets worse, but, beyond that, the new set of caregivers, the staff surrounding this person, have no knowledge about how these things have taken place at home, how the issues have been met. In this case I have it is very simple. Two years ago the fellow required a colostomy to save his life, and caring for him in his demented, aggressive state was an extreme challenge to the point where it was not unusual to enter his room to find he had torn his colostomy bag off and swung it around the room, if you can imagine that kind of nightmare.

We racked our brains and weeks went by without knowing what to do short of sedating him, and the requests were always, "Please give him more medicine so that he stops doing this," and that was not necessarily the answer. The answer I got was from one of the geriatrics residents. I did a case conference over the phone and he asked whether they had tried putting something in his hands when they did his ostomy care. I suggested it to them, and lo and behold that was what was taking place at home. He was made to hold something while his ostomy care was being done, and as soon as they started doing that, the problem went away; the agitation went away to some degree. It was much more manageable. That is a skill, for the geriatrics resident to be familiar with the situation and say this is a simple thing. If somebody is aggressive, perhaps they have difficulty knowing what to do with their hands. If you put something in their hands, the problem is much less of a problem, and in this case it worked very well.

comportements ont un ensemble très défini de causes sous-jacentes qui n'ont rien de choses simples, faciles à régler, puis ils ont un ensemble défini d'approches, quoique chaque approche ne fonctionnera pas nécessairement pour chaque personne, mais vous pouvez vérifier des choses de façon ordonnée. Toutes ces connaissances sont là. Il suffit d'avoir les spécialistes qui savent comment les traduire pour les personnes soignantes à domicile et dans la famille afin que ces personnes puissent les utiliser. Cependant, nous manquons de gens qui savent comment faire cela et qui savent comment enseigner aux gens individuellement et dans des milliers de ménages au Canada comment faire cela.

Dr Martell : En médecine moderne, il y a des horreurs, des anecdotes et des exemples que nous donnons de ce que nous avons vécu dans nos cabinets pour illustrer des points, et j'en ai un qui a véritablement trait à ce genre de situation. J'ai un patient agressif qui a été hospitalisé parce que sa famille n'était plus en mesure d'en prendre soin à la toute fin, et il a été placé dans un hôpital. Évidemment, dans des cas comme celui-ci, les personnes soignantes habituellement n'en peuvent plus et n'en pouvaient plus depuis des mois. Elles ont en fait de très bonnes stratégies pour composer avec les problèmes à mesure qu'ils surgissent, mais il vient un moment où elles n'en peuvent tout simplement plus. Le patient se retrouve dans un milieu qui ne lui est pas familier et, évidemment, le comportement agressif empire, mais, outre cela, le nouveau personnel soignant, le personnel qui entoure cette personne, n'a aucune connaissance de ce qui s'est passé lorsqu'il était chez lui, des problèmes qui sont survenus. En l'occurrence, le type a eu besoin d'une colostomie sinon il allait mourir, mais lui prodiguer des soins dans cet état de démence, d'agressivité a été un défi énorme, à tel point qu'il n'était pas inhabituel d'entrer dans sa chambre et de se rendre compte qu'il avait déchiré son sac de colostomie et qu'il le lançait partout dans la chambre, si vous pouvez imaginer ce genre de cauchemar.

Nous nous sommes creusés la tête et des semaines ont passé sans savoir quoi faire sinon le tranquilliser à l'aide de sédatifs, et on nous demandait toujours : « S'il vous plaît, donnez-lui d'autres médicaments afin qu'il cesse ce qu'il fait », et ce n'était pas nécessairement la réponse. La réponse m'a été donnée par l'un des résidents en gériatrie. J'ai fait une conférence de cas au téléphone et il a demandé s'ils avaient essayé de lui mettre quelque chose entre les mains lorsqu'ils lui prodiguaient les soins pour stomisés. Je le leur ai suggéré, et finalement c'est ce que l'on faisait lorsqu'il était chez lui. On lui a demandé de tenir quelque chose dans sa main pendant qu'on lui prodiguait ses soins pour stomisés, et dès qu'ils ont commencé à faire cela, le problème a disparu; l'agitation a disparu dans une certaine mesure. C'était beaucoup plus facile à ce moment-là. C'est une technique, pour le résident en gériatrie d'être au courant de la situation et dire que c'est quelque chose de simple. Si une personne est agressive, peut-être qu'elle a de la difficulté à savoir que faire de ses mains. Si vous lui mettez quelque chose dans les mains, le problème devient beaucoup moins un problème, et dans le cas présent, cela a donné d'excellents résultats.

The Chair: I want to thank the three of you very much. It was an excellent morning. I know you did not get paid for it, but I hope you will see some worthy compensation in our final report.

The committee adjourned.

HALIFAX, NOVA SCOTIA, Monday, May 12, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:09 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, members of the public, welcome to the Special Senate Committee on Aging. We will spend the next bit of time inviting people from the audience to come forward. There are only three of you, so I will invite you all to the table at the same time because you are interested in the same field. So, David Ward, Trudy Ward and Linda MacDonald, if you would all come to the table, we will give you some time to put your ideas forward and then have a little dialogue with you because we have time before the minister comes. Which one is beginning, Ms. Ward or Mr. Ward?

David Ward, Member, Acadia Lifelong Learning, as an individual: I used to produce radio programs in Prince Edward Island and a friend of mine said I am the only fellow he knew that could broadcast without a microphone.

I did not plan to say anything today until I read some of your second interim report. I read as far as page 12 and was taken by the phrase of individuals who loved "to learn for learning's sake," and the mental health benefits of continuing learning and, further down the page, comments on educational tax credits for those pursuing accredited courses.

I am fortunate in my time to have two degrees and I have nine credits I could apply to another degree, were I so inclined. I am now 72 years old and not particularly interested in obtaining any more degrees. However, we live near Wolfville. We live north of Kentville overlooking the Annapolis Valley on what we call North Mountain. Acadia University has a magnificent adult education program called Acadia Lifelong Learning for older adults. I think you have to be 55. Be that as it may, it cost all of \$20 to join "ALL," as we call it and for the \$20, we have access to any number of seminars on topics of great depth or frivolous topics for some. We are able to audit any course taught at Acadia University, with the permission of the professor and we have full use of Acadia library. ALL offers four-to-six week courses on topics as diverse as studentship issues of the Bay of Fundy or learning to play bridge. These courses carry a fee of around \$100;

La présidente : Je tiens à vous remercier beaucoup tous les trois. Nous avons eu un excellent avant-midi. Je sais que vous n'avez pas été rémunérés pour cela, mais j'espère que notre rapport final vous compensera amplement.

La séance est levée.

HALIFAX, NOUVELLE-ÉCOSSE, le lundi 12 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 13 h 9 pour examiner, afin d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, membres du public, bienvenue au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Dans les quelques instants qui suivent, nous allons donner la parole à des membres de l'audience. Vous n'êtes que trois, aussi je vous invite à vous asseoir à la table puisque vous vous intéressez au même sujet. Donc, David Ward, Trudy Ward et Linda MacDonald, je vous prie de venir vous asseoir à la table, vous avez quelques minutes pour présenter vos idées, puis nous aurons une petite discussion avec vous, car nous avons un peu de temps avant l'arrivée du ministre. Qui commence, Mme Ward ou M. Ward?

David Ward, membre, Acadia Lifelong Learning, à titre personnel : À l'époque où j'animais une émission radiophonique à l'Île-du-Prince-Édouard, un ami m'avait dit qu'à sa connaissance, j'étais la seule personne à pouvoir parler sur les ondes sans microphone.

Je n'avais pas, avant d'avoir lu votre deuxième rapport provisoire, prévu de faire de déclaration aujourd'hui. Je l'ai lu jusqu'à la page 12 et j'ai été frappé par la phrase d'un témoin : « Les aînés participent aux activités de formation continue pour le simple plaisir d'apprendre », et les bienfaits de l'apprentissage continu pour la santé mentale et, à la page suivante, les commentaires sur les crédits d'impôt pour études à l'intention des personnes qui suivent des cours accrédités.

J'ai la chance d'avoir reçu deux diplômes et neuf crédits que je pourrais utiliser pour obtenir un autre diplôme, si je le voulais. Je suis âgé aujourd'hui de 72 ans et je ne suis pas particulièrement intéressé à obtenir d'autres diplômes. Cependant, nous habitons près de Wolfville au nord de Kentville avec une vue sur la vallée de l'Annapolis dans ce que nous appelons le mont Nord. L'Université Acadia a un excellent programme d'éducation des adultes, Acadia Lifelong Learning, pour les personnes âgées. Je cours qu'il faut avoir 55 ans. Quoi qu'il en soit, l'inscription à ALL, comme nous l'appelons, ne coûte que 20 \$, cela nous donne accès à de nombreux séminaires sur des sujets très sérieux ou même légers. Nous pouvons assister à n'importe quel cours enseigné à l'Université Acadia, avec l'autorisation du professeur et nous pouvons utiliser la bibliothèque de l'université. ALL offre des cours de quatre à six semaines sur des sujets aussi différents

fees vary from \$75, \$85 to \$100, which, strangely enough, is too much for some.

We know people who join ALL to participate in the seminars, but do not have the extra money to take the courses. Both my wife and I take courses and the expense is not that bad, but I take a course today and drive 20 minutes to get there. Trudy takes a course tomorrow and drives to it. We can tolerate that expense, but I think it would be great if there were a tax exemption or a portion of registration fees to be tax exempt for seniors. To that extent, I suppose the question mark is here: Should measures be expanded for seniors to include a broader definition of "eligible courses"? I say yes, and will leave it up to people more learned than I to define what institution should provide those courses.

While I was thinking of making that comment relative to perhaps a tax break for mental health learning, it caused me to realize that I used to do our own income tax returns, somewhat aware of the ins and outs and what was eligible and what was not. These last few years, I have hired an accountant to do the work for both my wife and me, but I have come to realize and, please, I am not sure that I am absolutely correct on this, that medical expenses are a percentage of either earned or taxable income. I have no earned income anymore. Now, I have a pension income. Unfortunately, my medical expenses have gone up somewhat, yet the percentage is the same. I hope that some consideration might be given to those who, on the one hand, are able to look after themselves with their savings or whatever, but my, it is an onerous exercise at times to realize that the eligible percentage is less because my income is less. I wish Senator Cools were here because she and I have something in common. I was born at home, as were my three siblings, in the beautiful Depression years when I thought everyone had a barrel of shad fish in the basement or a barrel of salt cod and picked blueberries, and we bought lobsters by the potato sack full because they were poor man's food.

It has been a wonderful opportunity to hear everyone this morning. Those three doctors sure got us all thinking. Thank you for the opportunity.

Linda MacDonald, Elder Learners, Saint Mary's University: Good afternoon. Thank you very much for the opportunity to speak to you today on behalf of Elder Learners. For the past four years, on behalf of Saint Mary's University, I have been associated with this voluntary group of seniors from metro Halifax and nearby communities in Nova Scotia.

I would like to tell you briefly about Elder Learners. It is a third-age learning opportunity and has been offering challenging academic lectures since 1988 with the objectives to encourage continued participation in lifelong learning; to further the concept of the university of the third age; to become more aware of the

que les bourses d'études de la baie de Fundy ou l'apprentissage du bridge. Ces cours coûtent environ 100 \$; ils varient de 75 à 85 et à 100 \$, des prix qui, chose assez curieuse, sont trop élevés pour certains.

Nous connaissons des personnes qui sont inscrites à ALL pour assister aux séminaires mais qui n'ont pas les moyens de se payer les cours. Ma femme et moi suivons des cours et les dépenses ne sont pas trop élevées, mais je dois conduire 20 minutes pour assister à mon cours aujourd'hui. Trudy a un cours demain et elle s'y rend aussi en voiture. Nous pouvons assumer ses frais, mais il serait excellent que les personnes âgées bénéficient d'une exonération fiscale ou qu'une partie des frais d'inscription soit exonérée d'impôt. Cela dit, à la question posée : « Conviendrait-il d'offrir aux personnes âgées, et partant, d'élargir la définition des cours admissibles? Je réponds oui, et je laisse aux personnes plus informées que moi le soin de déterminer quelle institution devrait offrir ces cours.

Quand je réfléchissais à vous parler d'une éventuelle exonération fiscale pour l'apprentissage qui a des retombées positives sur la santé mentale, je me suis souvenu que j'avais l'habitude de remplir moi-même nos déclarations de revenus d'impôts, et j'avais une petite idée de ce qui était admissible ou non. Ces dernières années, j'ai utilisé les services d'un comptable pour préparer nos déclarations, et j'ai appris, je n'en suis pas absolument sûr, que les frais médicaux sont un pourcentage soit du revenu gagné soit du revenu imposable. Je ne gagne plus de revenu. Aujourd'hui, je reçois un revenu de pension. Malheureusement, mes frais médicaux augmentent, pourtant le pourcentage reste le même. J'espère que l'on pensera à ceux qui d'une part, peuvent subvenir à leurs besoins grâce à leurs économies ou autres revenus, mais il faut savoir que se rendre compte que le pourcentage admissible est inférieur parce que mon revenu est inférieur coûte cher. Dommage que le sénateur Cools ne soit pas présente, car elle et moi avons quelque chose en commun. Je suis né à la maison, comme mes trois frères et sœurs, durant les années de la dépression où je croyais que tout le monde gardait au sous-sol un baril d'aloise ou de morue avec des bleuets marinés et nous achetions des sacs remplis de homards, car c'était la nourriture du pauvre.

J'ai été très heureux d'avoir entendu tout le monde ce matin. Les trois médecins nous ont certainement fait réfléchir. Je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'exprimer.

Linda MacDonald, Elder Learners, Université Saint Mary's : Bonsoir. Merci beaucoup de me donner l'occasion de parler aujourd'hui au nom de Elder Learners. Au cours des quatre dernières années, j'ai représenté l'Université Saint Mary's dans un groupe bénévole de personnes âgées d'Halifax et des collectivités avoisinantes, en Nouvelle-Écosse.

J'aimerais vous dire brièvement quelques mots sur Elder Learners, qui offre une possibilité d'apprentissage aux personnes du troisième âge et des cours intéressants depuis 1988. L'objectif étant d'encourager une participation suivie aux cours de l'éducation permanente; de favoriser le concept de

heritage and traditions of our people, our province and our country; and to promote greater friendship, cooperation and communication among lifelong learners.

As an example of the last objective, last summer our Elder Learners hosted a soiree, I guess I could call it, with a group of seniors from Japan. They spent several afternoons together and exchanged a variety of cultural experiences. It was great fun.

Initially begun in 1987 as a co-sponsored consortium by the metro universities, Dalhousie University, Mount Saint Vincent University and Saint Mary's, since 1989, Elder Learners has been sponsored as a joint venture with Saint Mary's University alone. Since that time, more than 120 lectures have been offered to approximately 12,000 seniors across the province predominantly here in metro.

The programs and the organization are planned, organized, delivered by a committee of Elder Learners, and Saint Mary's offers only logistical support. I will mention that Carmen Moir is the President of Elder Learners because some of you who are from the local area and from Manitoba will recognize the name. I believe he has been very active —

The Chair: I was born and raised here.

Ms. MacDonald: Oh, that is right. I was reminded of that by my husband.

Anyway, we have lectures on Saturday mornings with three topics each fall and each winter, and then short courses that are four to six sessions either on Saturday afternoon or Sunday afternoon.

Membership is currently about \$165 with most of those members attending the lectures and about 20 per cent taking part in the more intensive short courses. This year will mark the twentieth anniversary of the partnership between Elder Learners and Saint Mary's University. So that is my background.

There is a limited amount of research in Canada, maybe a little bit more from the United States, on the scope, the extent of learning, the motivators for learning and the barriers to learning amongst older adults, seniors, and especially with reference to the Atlantic Region. So, in 2006, with the support of Elder Learners and with funding from the Adult Learning Knowledge Centre, I undertook a survey of their members. I brought you a summary of the survey. I will leave it with your researcher.

Elder Learners is open to people who are 55-plus, and the age of the survey respondents ranged from 50 to 80-plus, but the majority of the respondents were 70 to 79. The findings of the survey, briefly, were that the strongest motivations for learning were for intellectual stimulation and the joy of learning for its own sake. That is what they said and I think that is shown in the kinds of programs that they organize and present.

l'université pour le troisième âge; de sensibiliser les gens au patrimoine et traditions de notre peuple, de notre province de notre pays et de promouvoir une plus grande camaraderie, coopération et communication entre les apprenants âgés.

Pour citer un exemple du dernier objectif, l'été dernier, Elder Learners a organisé une soirée pour un groupe de personnes âgées venant du Japon. Plusieurs après-midi ont été passés ensemble et des expériences culturelles diverses ont été partagées. Les gens se sont beaucoup amusés.

Fondé en 1987 en tant que consortium coparrainé par les universités métropolitaines, Dalhousie, Mount Saint Vincent et Saint Mary's, Elder Learners est, depuis 1989, parrainé seulement par l'Université Saint Mary's. Depuis cette époque, 120 conférences ont été offertes à environ 12 000 personnes âgées dans toute la province et principalement ici.

Les programmes et l'organisation sont planifiés, organisés et fournis par un comité de Elder Learners; Saint Mary's n'offre que le soutien logistique. Je soulignerai que Carmen Moir est le président de Elder Learners, puisque certains d'entre vous, de cette région et du Manitoba, connaissent son nom. Je crois qu'il était très actif...

La présidente : Je suis née et j'ai grandi ici.

Mme MacDonald : Bien sûr. Mon mari me l'a rappelé.

De toute façon, nous offrons des exposés les samedis matin sur trois sujets en automne et en hiver, puis des petits cours de quatre à six sessions soit le samedi après-midi soit le dimanche après-midi.

Les frais d'inscription sont actuellement de 165 \$, la plupart des membres assistent aux cours; environ 20 p. 100 suivent des cours intensifs de petite durée. Cette année marquera le 20^e anniversaire du partenariat entre Elder Learners et l'Université Saint Mary's. Donc, voilà pour mes antécédents.

Peu de recherches sont faites au Canada, peut-être un peu plus aux États-Unis, sur la portée, l'étendue de l'apprentissage, les facteurs motivants pour l'apprentissage et les obstacles à l'apprentissage chez les personnes âgées, ce manque de recherche est particulièrement vrai dans la région de l'Atlantique. Donc, en 2006, avec le soutien d'Elder Learners et un financement du Centre du savoir sur l'apprentissage chez les adultes, j'ai fait une enquête auprès de leurs membres. J'ai pour vous un résumé de l'enquête. Je le remettrai à votre attaché de recherche.

Elder Learners accepte les personnes âgées de 55 ans et plus; l'âge des personnes interrogées variait de 50 à plus de 80 ans, mais la majorité avait entre 70 et 79 ans. Les résultats de l'enquête, rapidement, indiquent que ce qui motivait le plus l'apprentissage étaient la stimulation intellectuelle qu'il suscite et la joie d'apprendre pour le simple plaisir d'apprendre. C'est ce qu'ils ont dit et c'est ce que reflète, à mon avis, le genre de programmes qu'ils préparent et présentent.

These seniors have a traditional concept of what learning is about and so the lecture was their primary approach to participation and to organizing learning. They are most interested in topics having to do with literature, art, music appreciation and history.

Interestingly, this particular group identified no barriers, no limitations to their learning except for one possibility, which was time. They are so busy doing all kinds of other things, they do not always have enough time to do all the learning they would like to do. So I think we are fortunate in this particular group. In fact, I describe them as an elite group of millennial seniors. I think they are exceptional. They are not run of the mill, but I think they point the way to issues that are worthy of consideration for the next oncoming group of seniors, the baby boomers.

They prefer cultural settings such as art galleries, museums and universities. They prefer formal learning and, for about half the group, they participate in formal learning at least once a month.

The other interesting thing was that they did not always recognize their activities and their engagement in informal learning. It happened so connected to the context and to their focus and their purpose that they did not always see the activity as learning. They have this traditional form of presentation.

When the respondents were asked in the interview component to identify a recent occurrence of learning, every reply described an example of informal learning undertaken to address a specific goal such as to extend their knowledge of local history, to learn to import and export, to learn procedures for publishing a book, to learn informally from a new context and experiences, and to read and reflect on other cultures and beliefs. These goals were a blend of serendipity and curiosity. They were described with great personal satisfaction for both the learning process itself and the outcomes. So I think there is a great deal of informal learning happening amongst Canadian seniors, but they do not always recognize it for what it is; that it is learning.

The question is, how does learning contribute to the quality of life? I think that is an important aspect for our consideration. As a source of intellectual stimulation and friendship, Elder Learners provides an opportunity for learning about issues locally and globally, and for travel and new experience.

The observation has been made that social factors play a critical role in how we age. Those who have been surrounded by family and friends, and who stress the cultivation of the intellect, have a clear advantage over those who lack such experiences.

Furthermore, recent indicators suggest that those who remain active learners in later life enjoy better physical and mental health and express stronger life satisfaction than those who do not.

Ces personnes âgées ont une idée traditionnelle de ce qu'est l'apprentissage et c'est par les cours qu'ils commencent à participer et à organiser leur apprentissage. Ils sont plus intéressés par les sujets portant sur la littérature, l'art, l'appréciation de la musique et l'histoire.

Il est intéressant de noter que ce groupe ne voit aucun obstacle, aucune limite à sa volonté d'apprendre sinon le temps. Ils sont tellement occupés à faire toutes sortes de choses, ils n'ont pas toujours suffisamment de temps pour apprendre tout ce qu'ils voudraient apprendre. Je pense que nous avons beaucoup de chance avec ce groupe. En fait, je les qualifie de groupe d'élite de personnes du millénium. J'estime qu'ils sont exceptionnels. Ils ne sont pas typiques, mais ils soulèvent des questions qui méritent d'être considérées pour le prochain groupe de personnes âgées, c'est-à-dire les enfants de l'après-guerre.

Ils préfèrent les endroits culturels comme les galeries d'art, les musées et les universités. Ils préfèrent un apprentissage formel; environ la moitié du groupe suit un apprentissage formel au moins une fois par mois.

Ce qui est aussi intéressant, c'est qu'ils ne réalisent pas toujours qu'ils apprennent de manière informelle. Cet apprentissage est tellement lié au contexte, à leurs intérêts et à leurs objectifs qu'ils ne se rendent pas compte que c'est de l'apprentissage. Ils ont une idée traditionnelle de la présentation.

Lorsqu'on a demandé aux personnes interrogées de décrire une récente expérience d'apprentissage, toutes les réponses ont fait état d'un apprentissage informel visant à élargir leurs connaissances de l'histoire locale, à se familiariser avec l'importation et l'exportation, avec la procédure de publication de livres, à tirer informellement des leçons d'une nouvelle situation et de nouvelles expériences, et à faire des lectures sur les autres cultures et croyances et d'y réfléchir. Ces objectifs étaient un mélange de sérendipité et de curiosité. Les gens étaient satisfaits de ces objectifs, de l'apprentissage et des résultats. Je pense donc que les aînés canadiens apprennent beaucoup de choses de manière informelle, mais sans toujours se rendre compte que c'est de l'apprentissage.

La question est de savoir de quelle façon l'apprentissage améliore la qualité de la vie? Je crois que la question est importante. En tant que catalyseur de stimulation intellectuelle et de camaraderie, Elder Learners offre la possibilité d'élargir les connaissances sur des questions locales et globales, sur les voyages et les nouvelles expériences.

On indique que des facteurs sociaux jouent un rôle essentiel sur la façon dont nous vieillissons. Les personnes qui sont entourées de leurs familles et de leurs amis, et qui mettent l'accent sur la stimulation intellectuelle, ont clairement l'avantage sur celles qui ne sont pas dans cette situation.

En outre, selon de nouveaux indices, les personnes âgées qui continuent à étudier jouissent d'une meilleure santé physique et mentale et ont une plus grande satisfaction de vivre que celles qui n'étudient pas.

It is vital to recognize the connections amongst various factors such as previous education, life circumstances, particularly financial security, and the participation in learning.

A more recent study in which I collected information about the same age cohort, but with different life circumstances, does not depict the same level of engagement, satisfaction in learning or even a motivation to learn. This group lacks higher education and they lack financial well-being. Previous learning has not been rewarding, it has not been satisfying, and it has not been advantageous. In aging, this learning, or forms of learning, have been thrust upon them in response to changes in diet, lifestyle and behaviours. They lack resources to engage in learning for pleasure, and are more likely to express dissatisfaction with their quality of life. Notably, they have much more frequent contact with social and health services than do Elder Learners.

Various proposals are being put forward these days to allow those with weak or non-existent employer-sponsored pension plans to make additional contributions to the Canada Pension Plan. I think that this concept, approach or policy is well worth serious consideration because the financial security of this growing group of seniors will be important for their integration into society, for their well-being and for the well-being of our Canadian society.

A significant finding among both these groups is the low participation of men. McGivney, a British researcher, asked the question, "Why is it that whenever opportunities for adult learners are provided, it is mostly women who take advantage of them?" She identifies various reasons including a perception that learning is formal and irrelevant, a lack of awareness of learning opportunities and a lack of confidence.

Only 12 per cent of the Elder Learners membership is made up of men. One person who belongs to Elder Learners explained, "Men are not inclined to be joiners and do not have the same social environment as women." This was a woman speaking.

While the feminization of the aging population of Canada is borne out by the demographics, special efforts must be made to engage men in both formal and informal learning. One successful example is the Men's Sheds project in Australia. I do not know if anybody has heard of that project here. A researcher from Australia who was here in Halifax last June, spoke about these sheds, which are more like our idea of community centres.

They are informal learning environments where men can go to get away from the wife who is saying, "Why are you not repairing that garage door?" or whatever it may be. These sheds are sites of informal learning, camaraderie and a contribution to well-being. They are structured around woodworking and metalworking activities. They provide opportunities for schmoozing, for applying or developing shop skills and for social good. One thing they do is gather up old bicycles and wheelchairs, and they rehabilitate them and donate them to persons in their community

Il est important de tenir compte des liens entre les divers facteurs tels que l'éducation, les conditions de vie, la sécurité financière en particulier et les études.

Une étude plus récente sur des personnes de la même catégorie d'âge, mais qui ont connu des circonstances différentes, ne montrent pas le même niveau de participation, de satisfaction à apprendre ni même la volonté d'apprendre. Les membres de cette catégorie d'âge n'avaient pas atteint le même niveau d'études ni la même sécurité financière. Leurs études n'avaient pas été aussi gratifiantes, pas satisfaisantes et pas avantageuses. En vieillissant, cet apprentissage, ou formes d'apprentissage, leur a été imposé en réponse aux changements de régime alimentaire, de mode de vie et de comportement. Ils n'avaient pas les ressources pour apprendre pour le simple plaisir d'apprendre et ils sont plus enclins à être insatisfaits de leur qualité de vie. Ils ont notamment beaucoup plus de contacts avec les services sociaux et de santé que les membres de Elder Learners.

On met de l'avant actuellement diverses propositions afin de permettre à des bénéficiaires de régimes de pension parrainés par l'employeur de faire des contributions additionnelles au Régime de pensions du Canada. Je crois que cette approche, ou cette politique, est fort valable, car la sécurité financière de ce groupe grandissant de personnes âgées sera un facteur important pour leur intégration dans la société, leur bien-être et celui de la société canadienne.

La faible participation des hommes dans ces deux groupes est un résultat important. McGivney, une chercheuse britannique, s'est interrogée : « Pour quelle raison, lorsque la possibilité d'apprendre est offerte à des personnes âgées, ce sont surtout les femmes qui en profitent? » Elle a identifié plusieurs raisons y compris l'idée que l'apprentissage est officiel et hors de propos, le manque de sensibilisation aux possibilités d'apprentissage et le manque de confiance.

Seulement 12 p. 100 des membres de Elder Learners sont des hommes. Une personne de Elder Learners a déclaré : « Les hommes n'aiment pas participer à des activités de groupes et n'ont pas le même environnement social que les femmes. » L'auteur de cette déclaration est une femme.

Bien que la féminisation de la population vieillissante du Canada soit corroborée par les données démographiques, des efforts particuliers doivent être faits pour inciter les hommes à participer aux apprentissages formel et informel. Le projet Men's Sheds mené en Australie a donné de bons résultats. Un chercheur australien présent à Halifax en juin dernier, nous a parlé de ces centres, qui ressemblent beaucoup à nos centres communautaires.

Ce sont des centres d'apprentissage informel que peuvent fréquenter les hommes pour échapper à leur épouse qui leur demanderait de réparer la porte du garage ou autre chose. Ces centres sont des endroits d'apprentissage informel, de camaraderie et qui favorisent le bien-être. Ils offrent surtout des cours de travail du bois et des métaux. Ils offrent la possibilité de jaser, de mettre en pratique ou de développer les compétences en atelier et favorisent le bien commun. L'une de leurs activités est de ramasser des vieilles bicyclettes et de vieux fauteuils roulants, de

who would not otherwise be able to afford them. This approach is proving to be significant to engaging men in learning in Australia. I think we could learn a few lessons from them.

Canada needs to enable men at their local level to express and engage in various learning opportunities that offer social and learning stimulation, and that can enhance life satisfaction.

Because Elder Learners represents the kind of active and engaged learning we would wish for all Canadian seniors, I felt it was important to tell you about the survey and about this particular group. The intellectual stimulation, the active engagement, the planning and direction for themselves are characteristics that may provide insight into trends for the future and the retirement of the baby boomer generation. That is my generation and I am interested in what is available.

The implications for those responsible for programs for seniors cannot be generalized necessarily from this single study. With their overall increased educational level and sense of entitlement, boomers will expect to be active partners in decisions about their continued learning, just as Elder Learners now plan and implement their lecture series and short courses.

For boomers, having been focused on formal education and training for the workplace during their work lives, boomers in retirement may well embark on extended programs of learning about the arts, culture, literature and philosophy. With many more resources at their fingertips including the Internet, boomers may neither want nor need the information transmission mode preferred by their parents. Learning is one important aspect of a satisfying and successful stage of old age. Its benefits and contributions to healthy aging depend upon life circumstances and financial well-being. The challenge for those who work with seniors will be to find ways of attracting and retaining men as active participants in all categories of learning.

Another challenge that I was reminded of is the tendency over the past 10 years for Canadian universities to remove their tuition-free provision of learning to persons who are 65 and over. This change has happened in response to the funding regime coming from the federal government, then to the provincial granting councils and onto the universities. My university is one that has removed that particular funding, and I think that was in response to the expectation of more seniors wanting to take advantage of it.

The Chair: Thank you all for making this meeting interesting with respect to aging. Ms. Ward, I am sorry we missed you. I asked who would speak, Mr. Ward or Ms. Ward.

G. A. Trudy Ward, Member, Acadia Lifelong Learning: Senator Carstairs and your committee, thanks on behalf of all Canadians for dealing with the multiple issues of our aging population.

les réparer et de les donner aux membres de leur collectivité qui n'ont pas les moyens de se les procurer. Cette méthode s'est révélée positive pour inciter les hommes à suivre des cours d'apprentissage en Australie. Nous pourrions en tirer des leçons.

Le Canada doit encourager les hommes, dans leur région, à s'exprimer et à participer à diverses possibilités d'approche de l'apprentissage offrant une stimulation sociale et intellectuelle et pouvant améliorer leur satisfaction de vivre.

Étant donné le genre d'apprentissage actif et engagé que représente Elder Learners et que nous souhaitons pour tous les aînés au Canada, j'estime qu'il est important que je vous parle de l'enquête et de ce groupe particulier. La stimulation intellectuelle, l'engagement actif, la planification et la direction sont des éléments qui peuvent donner une idée de l'avenir et de la retraite de la génération des enfants d'après-guerre. Je fais partie de cette génération et je veux savoir ce qui sera disponible.

Pour les responsables des programmes à l'intention des aînés, les implications ne peuvent pas nécessairement être généralisées à partir d'une seule étude. Compte tenu de l'augmentation du niveau éducatif global et de leur attitude d'ayant droit, les enfants d'après-guerre escomptent participer activement aux décisions concernant leur apprentissage continu, tout comme le fait aujourd'hui Elder Learners en planifiant et en mettant en œuvre sa série de conférences et de petits cours.

Les enfants d'après-guerre qui ont misé sur une éducation et une formation formelles pour leur carrière professionnelle, risquent bien de suivre des programmes établis d'apprentissage sur les arts, la culture, la littérature et la philosophie quand ils seront à la retraite. Disposant de beaucoup plus de ressources, notamment Internet, les enfants d'après-guerre ne voudront pas ou n'auront peut-être pas besoin du mode de transmission d'informations que préfèrent leurs parents. L'apprentissage est un facteur important de satisfaction et de réussite à l'étape de la vieillesse. Ses avantages et ses contributions à un vieillissement sain dépendent des conditions de vie et de la sécurité financière. Le problème auquel se heurteront ceux qui travaillent avec des personnes âgées est de trouver le moyen de faire participer activement les hommes à toutes les catégories d'apprentissage.

Un autre défi que l'on m'a rappelé est celui des universités canadiennes qui ont tendance ces dix dernières années à supprimer la disposition visant à offrir gratuitement des cours aux personnes âgées de 65 ans et plus. Ce changement s'est produit en réponse au financement fédéral, puis aux conseils subventionnaires des provinces et aux universités. Mon université compte parmi celles qui ont supprimé cette disposition, je pense que c'était parce qu'ils prévoyaient qu'un plus grand nombre de personnes âgées en profiteraient.

La présidente : Merci à tous ceux qui ont rendu intéressante cette séance sur la vieillesse. Madame Ward, je suis désolée de ne pas vous avoir entendue. J'avais demandé si c'était M. Ward ou Mme Ward qui allait parler.

G. A. Trudy Ward, membre, Acadia Lifelong Learning : Au nom de tous les Canadiens qui s'occupent des questions touchant notre population vieillissante, je vous remercie, sénateur Carstairs et membres du comité.

I was unable to download the 84 options from our computer, so this morning when we arrived from the Valley, we had an opportunity to look through them with great interest. I will add briefly to what my husband has already said about the Acadia Lifelong Learning program and I brought a calendar if your researchers would like to take a look at it for general information and the website.

The program has been in existence for about 10 years, and we have almost 400 members from Windsor to Digby, up and down the Valley. We realize that with the population taking courses right now, not all of them have computers, access to computers or the savvy to navigate them. One thing we implemented this year was called "ALL on Call" where the onus is put on the people who do not have computers to call into a number, and on a daily basis, that message is updated with any new seminars that are offered, any changes of rooms or any cancellations. We are trying hard to address all the membership, which has various levels of computer literacy.

If you do not mind, I will speak a little bit more about a passion of mine. I retired as a nurse consultant with Veterans Affairs Canada, so I was more than interested to see in your report that you have obviously spent a fair bit of time consulting with Veterans Affairs Canada and the multitude of programs that they have perfected or worked on for many years, dealing with the geriatric population.

I am pleased to see that with many of the options, you are talking about best practice. We have talked about that forever, so I am pleased to see, at least in words, that we are looking at best practice. With health care being the domain of the provinces, it is difficult to deal with a lot of issues, but a lot of provinces have implemented excellent things that should be looked at that will work with some modification in other areas.

I encourage you, as Dr. Rockwood mentioned this morning, to look beyond the Canadian borders if you have not looked at the Swedish model, which has been in existence for some time, but is absolutely stellar in how they deal with their aging population. Everything from housing — it is a marvel and I hope you will take a good look at that.

As a nurse consultant with Veterans Affairs Canada and dealing primarily with the veteran population and the spouses who ended up being caregivers to this aging population, my passions were looking for solutions to elder abuse, end-of-life concerns including palliative care, and caregiver issues.

Je n'ai pas pu télécharger les 84 options de notre ordinateur, donc ce matin quand nous sommes venus de la vallée, nous avons pu les consulter avec beaucoup d'attention. J'ajouterai brièvement à ce que mon mari a déjà dit sur le programme d'Acadia Lifelong Learning que j'ai apporté un calendrier dans le cas où vos attachés de recherche voudraient le consulter pour des renseignements généraux et pour le site web.

Le programme existe depuis environ dix ans, et nous avons près de 400 membres de Windsor à Digby, tout le long de la vallée. Nous avons réalisé que compte tenu de la population qui suit des cours à l'heure actuelle, ce n'est pas tout le monde qui possède un ordinateur, qui a accès à des ordinateurs ou qui a les connaissances nécessaires pour s'en servir. Une chose que nous avons mise en application cette année s'appelait « ALL on Call » où il incombe aux gens qui n'ont pas d'ordinateur d'appeler à un certain numéro de téléphone pour entendre un message mis à jour quotidiennement concernant les nouveaux séminaires qui sont offerts, tout changement de pièce ou toute annulation. Nous travaillons fort pour rejoindre tous les membres, qui ont des connaissances variées en informatique.

Si vous le permettez, je vais parler un peu d'une de mes passions. J'ai pris ma retraite à titre d'infirmière-conseil au ministère des Anciens Combattants, alors, j'étais très intéressée de voir dans votre rapport que vous avez, de toute évidence, passé passablement de temps à consulter ce ministère et à examiner la multitude de programmes qu'il a perfectionnés ou sur lesquels il a travaillé pendant de nombreuses années et qui touchent la population des personnes âgées.

Je suis heureuse de constater que dans le cas de nombreuses options, vous parlez des pratiques exemplaires. Nous avons parlé de cette question sans arrêt, alors, je suis heureuse de voir qu'en parole au moins, nous examinons les pratiques exemplaires. Comme les soins de santé relèvent des provinces, beaucoup de problèmes sont difficiles à régler, mais beaucoup de provinces ont mis en oeuvre d'excellentes choses qu'on devrait examiner et qui fonctionneraient, moyennant certaines modifications, dans d'autres régions.

Je vous encourage, comme l'a fait le Dr Rockwood ce matin, à aller voir ce qui se fait au-delà des frontières canadiennes, si vous n'avez pas examiné le modèle suédois, qui existe depuis un certain temps, mais qui est absolument brillant dans sa façon de traiter la population des personnes âgées. Tout, depuis le logement — c'est une véritable merveille, et j'espère que vous allez jeter un coup d'oeil sur ce modèle.

À titre d'infirmière-conseil auprès d'Anciens Combattants Canada et traitant principalement avec la population des anciens combattants et leurs conjoints qui finissent par devenir des aidants naturels pour cette population âgée, mes passions étaient de trouver des solutions à la violence à l'endroit des personnes âgées, les préoccupations de fin de vie, y compris les soins palliatifs, et les questions concernant les aidants naturels.

In the early 1990s, Veterans Affairs Canada had a six-week pilot project developed by Mount Saint Vincent University, so I was more than interested, not knowing who was speaking today, that Pamela Fancey brought up many of the things that they have developed in their centre for aging.

I spoke briefly to Pamela after she spoke here at the hearings and she said that this pilot project still exists on their website and is being used. If, in your consultation with Veterans Affairs Canada, that pilot project on Care for the Caregiver did not come up, there were about four sites across the country and I worked out of the Edmonton office. I was one of two nurse consultants for the entire province and the Northwest Territories. Edmonton was chosen as one of the pilot sites for that Care for the Caregiver six-week project. Although it was close to 15 years ago now that I was involved with that project, it was highly successful. I urge you to take a look at that project and consider it.

The Chair: Thank you very much.

It is interesting. I have a 75-year-old spouse who, when I was appointed to the Senate, came to Ottawa deciding that we would spend the majority of our time there, so he needed to find something to keep himself busy. He started taking courses at the University of Ottawa. It ended up that he switched to Carleton University and most recently, earned a master's degree in political science to add to the other three degrees he already had. I have now banned him from doing anything but auditing courses because I was tired of editing. That is what would happen after the papers were prepared. As the former teacher in the family, I landed the job, but I refused to do any more editing, so he now only audits the courses. I have experienced adult learning first-hand from that perspective and it truly is a valuable way to engage the mind. In fact, there are often little notes when I arrive home saying, "I know you do not have time to read the whole book, but read chapter 6," or other such little notations. Obviously, he does not think I receive enough mental stimulation in the Senate. He had to provide me with a little bit more. Do you have any questions, senators, for our guests?

Senator Cordy: I am interested in your Elder Learners. I had the opportunity last year at a conference to meet members from Elder Hostel who filled me in on the extensive programming they do. Are you related in any way to Elder Hostel? Do you deal with them or are you totally independent?

Ms. MacDonald: They are completely different organizations. Saint Mary's University has had a program of Elder Hostel, but felt that perhaps we would provide more opportunities for learning by working with the local communities and by providing

Au début des années 1990, Anciens Combattants Canada avait un projet pilote d'une durée de six semaines élaboré par l'Université Mount Saint Vincent, alors j'ai été intéressée au plus haut point, ne sachant pas qui parlait aujourd'hui, de savoir que Pamela Fancey était à l'origine de beaucoup de choses qu'ils avaient développées dans leur centre sur le vieillissement.

J'ai parlé brièvement à Pamela après sa participation aux présentes audiences et elle a dit que ce projet pilote existait toujours sur le site web de l'université et qu'il était encore utilisé. Si, dans vos consultations avec Anciens Combattants Canada, ce projet-pilote sur les Soins aux dispensateurs de soins n'a pas été soulevé, il a été appliqué dans environ quatre sites dans l'ensemble du pays et j'ai travaillé à partir du bureau d'Edmonton. J'étais une des deux infirmières-conseils pour la totalité de la province et les Territoires du Nord-Ouest. Edmonton a été choisie comme l'un des sites pour le projet-pilote de six semaines sur les Soins aux dispensateurs de soins. Bien que cela fasse maintenant près de 15 ans que j'ai été mêlée à ce projet, il a connu beaucoup de succès. Je vous prie de jeter un coup d'oeil sur ce projet et de l'étudier.

La présidente : Merci beaucoup.

C'est intéressant. J'ai un conjoint de 75 ans qui, lorsque j'ai été nommée au Sénat, a décidé que nous passerions la plus grande partie de notre temps à Ottawa et qu'il avait besoin de quelque chose pour se tenir occupé. Il a commencé à suivre des cours à l'Université d'Ottawa. Il a fini par s'inscrire à l'Université Carleton et, très récemment, il a obtenu un diplôme de maîtrise en sciences politiques qui s'ajoute aux trois autres diplômes qu'il possédait déjà. Je lui ai maintenant interdit de faire autre chose que d'être auditeur libre dans les cours parce que j'en avais assez de faire la correctrice. C'est ce que je devais faire après que les travaux étaient rédigés. Comme j'étais l'ex-enseignante de la famille, c'est moi qui écopait de cette tâche, mais j'ai refusé de continuer de la faire, alors, maintenant, il est seulement auditeur libre. Alors j'ai une expérience de première main de l'apprentissage des adultes de ce point de vue et c'est véritablement une façon très utile de faire travailler l'esprit. En fait, je trouve souvent de petites notes lorsque j'arrive à la maison disant : « Je sais que tu n'as pas le temps de lire le livre au complet, mais lis le chapitre 6 », ou autres choses du genre. De toute évidence, il ne pense pas que le Sénat exerce une stimulation mentale suffisante. Il ne pouvait pas s'empêcher d'en ajouter un peu plus. Sénateurs, avez-vous des questions pour nos invités?

Le sénateur Cordy : Votre programme Elder Learners m'intéresse. L'an dernier, j'ai eu l'occasion, lors d'une conférence, de rencontrer des membres d'Elderhostel qui m'ont fait connaître les programmes très poussés qu'ils offrent. Êtes-vous liés d'une façon quelconque à Elderhostel? Est-ce que vous faites affaire avec ces gens ou êtes-vous entièrement indépendants?

Mme MacDonald : Il s'agit de deux organismes complètement différents. L'Université Saint Mary's a eu un programme d'Elderhostel, mais a estimé que peut-être nous offririons plus d'occasions d'apprentissage en travaillant avec les collectivités

learning opportunities for visitors who would be here only for a week. However, Elder Hostel is an exciting program.

Senator Cordy: Yes, it is, but I was curious whether there was a tie because of the name similarities. There is a cost to join Elder Learners, \$165?

Ms. MacDonald: Yes.

Senator Cordy: Can you claim that on income tax? I know if you attend university, you can always write off the courses you are taking on income taxes. Is there any provision?

Mr. Ward: you mentioned courses you have taken at Acadia. If you are a part-time student, you can claim the cost of tuition for your courses, but can you claim it as an elder student?

Ms. MacDonald: At Saint Mary's, there are provisions for non-institutional learning and non-formal learning institutions. For example, I took Greek for a number of years. I could not claim that tuition — I spent \$400 a year — because it was an individual initiative by someone who was not in an accredited learning institution. I took that course for pure intellectual stimulation and social learning.

So there are differences. Because Elder Learners is sponsored by an accredited formal learning institution, if people take part in all the learning programs, they probably have that ceiling of \$100 in tuition, but if they take part in only one or two of the activities, they are not able to claim it.

Senator Cordy: What about at Acadia University?

Mr. Ward: This is the point I was trying to make, though perhaps I was not as articulate as I should have been. There are educational tax credits for those pursuing accredited courses. The courses that are available for the ALL program, many of which, by the way, are taught by active or retired professors, are not accredited courses regarding credit to a degree or a certificate. My wife and I, and many others who belong to ALL, take the courses really for those that have "an inquiring mind." The folks who I would like to see more involved are those who have an inquiring mind but do not have the \$100, \$75 or \$85 tuition fee.

Senator Cordy: That is something we should look at.

Mr. Ward: I hope so, yes.

Senator Cordy: Another thing you talked about, Mr. Ward, was the percentage of medical expenses you can claim against income taxes. When you fill out your income tax, as it stands now

locales et en offrant des occasions d'apprentissage pour les visiteurs qui seraient ici pendant une semaine seulement. Cependant, Elderhostel est un programme enthousiasmant.

Le sénateur Cordy : Oui, c'est vrai, mais j'étais curieuse de savoir s'il y avait un lien à cause de la ressemblance entre les noms. Il y a des frais pour se joindre à Elder Learners, 165 \$?

Mme MacDonald : Oui.

Le sénateur Cordy : Pouvez-vous déduire cela de vos impôts sur le revenu? Je sais que si vous fréquentez l'université, vous pouvez toujours déduire les frais d'inscription des cours que vous suivez de vos impôts sur le revenu. Y a-t-il une disposition en ce sens?

Monsieur Ward, vous avez parlé de cours que vous avez suivis à l'Université Acadia. Si vous êtes étudiant à temps partiel, vous pouvez réclamer les frais de scolarité pour les cours que vous suivez, mais pouvez-vous le faire à titre d'étudiant du troisième âge?

Mme MacDonald : À l'Université Saint Mary's, il y a des dispositions pour l'apprentissage hors institution et les établissements d'enseignement non formels. Par exemple, j'ai suivi des cours de grec pendant un certain nombre d'années. Je ne pouvais pas réclamer les frais de scolarité — j'ai dépensé 400 \$ par année — parce qu'il s'agissait d'une initiative personnelle de la part d'une personne qui ne fréquentait pas un établissement d'enseignement agréé. J'ai suivi ce cours simplement à titre de stimulation intellectuelle et d'apprentissage social.

Alors, il y a des différences. Étant donné qu'Elder Learners est parrainé par un établissement d'enseignement formel agréé, si les gens participaient à tous les programmes d'apprentissage, ils atteindraient probablement ce plafond de 100 \$ en frais de scolarité, mais s'ils participent uniquement à une ou deux activités, ils ne peuvent réclamer de frais de scolarité.

Le sénateur Cordy : Qu'en est-il de l'Université Acadia?

M. Ward : C'est le point que je voulais vous faire valoir, mais peut-être que je n'ai pas été aussi clair que j'aurais dû l'être. Il y a des crédits d'impôt pour études pour ceux qui suivent des cours accrédités. Les cours qui sont offerts dans le cadre du programme ALL, dont un grand nombre, en passant, sont donnés par des professeurs actifs ou à la retraite, ne sont pas des cours accrédités pour l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat. Mon épouse et moi, et de nombreuses autres personnes qui participent au programme ALL, suivons les cours vraiment parce que nous avons un « esprit curieux ». Les gens que j'aimerais voir davantage sont les gens qui ont un esprit curieux, mais qui n'ont pas les moyens de payer des frais de scolarité de 100, de 75 ou de 85 \$.

Le sénateur Cordy : C'est quelque chose que nous devrions examiner.

M. Ward : Je l'espère, oui.

Le sénateur Cordy : Une autre chose dont vous avez parlé, monsieur Ward, c'était le pourcentage des frais médicaux que vous pouviez déduire de vos impôts sur le revenu. Lorsque vous

— I have not done my own for a few years — I think it used to be whatever is over and above 3 per cent of your income.

Mr. Ward: It is something like that.

Senator Cordy: Do you suggest that the percentage be higher if you are over the age of 60, 65 or whatever number?

Mr. Ward: I would go further than that. I wrote down and chose not to mention my thoughts on the income tax moratorium for people who have paid income tax for over X number of years. Would that not be nice?

Senator Mercer: Every sixty-fifth year free?

Senator Cordy: Yes, every sixty-fifth year free. That would be good.

Mr. Ward: I think I prefaced my remarks by saying I am not certain of the income tax regulations regarding medical expenses. It happened that I was looking at old income tax returns and ran across a number of receipts from my accountant of the day saying something like "not eligible" or "over the eligible amount." It only hit me this morning, quite honestly. My heavens, my income is down, but my medical expenses are up. I am not getting as fair a shake as I did when I had more money.

The Chair: Actually, it is in the reverse.

Senator Cordy: Yes.

The Chair: It would have been 3 per cent if you had earned \$100,000; it is 3 per cent of \$100,000. If you earn only \$40,000, it is 3 per cent of \$40,000, so you would be able to deduct much quicker because if your expenditure is 3 per cent or more of \$40,000, you can claim those expenditures. As your income goes down, the 3 per cent figure goes down, putting you into the area where you should be able to deduct the medical expenses.

Mr. Ward: I hope so, because I still pay income tax and I do not make over —

The Chair: The other thing that is now included in the income tax is the \$1,000 age tax credit, and that was supposed to have taken care of some of the anomaly.

The other issue that you may not have had the chance to look at in our report is the fact that one of our options was to institute a national prescription program, which means that drugs essentially are free.

Mr. Ward: That is in this report?

The Chair: Yes, and of course that is where most of the cost occurs to the senior. It is not in the medical services per se because an MRI, CAT scan or that kind of thing is covered, but what is not available in many, many provinces is some kind of prescription coverage.

remplissez votre déclaration d'impôts, dans sa forme actuelle — je n'ai pas fait la mienne moi-même depuis quelques années —, je pense que c'était tout ce qui dépasse 3 p. 100 de votre revenu.

M. Ward : Quelque chose comme cela.

Le sénateur Cordy : Est-ce que vous suggérez que le pourcentage devrait être plus élevé après l'âge de 60, de 65 ans ou un autre chiffre?

M. Ward : J'irais plus loin que cela. J'ai noté et décidé de ne faire état de mes idées sur le congé d'impôt sur le revenu pour les gens qui ont payé de l'impôt pendant plus d'un certain nombre d'années. Ne serait-ce pas merveilleux?

Le sénateur Mercer : Toutes les soixante-cinquièmes années gratuites?

Le sénateur Cordy : Oui, toutes les soixante-cinquièmes années. Ce serait bien.

M. Ward : Je pense avoir précisé, avant de faire mes observations, que je n'étais pas certain des règles de l'impôt sur le revenu concernant les frais médicaux. J'ai regardé par hasard d'anciennes déclarations d'impôt sur le revenu et je suis tombé sur un certain nombre de reçus sur lesquels mon comptable de l'époque avait inscrit des choses comme « non admissible » ou « au-delà du montant admissible. » Pour être bien honnête, cela ne m'a frappé que ce matin. Seigneur, mon revenu a diminué, mais mes frais médicaux ont augmenté. Je ne suis pas traité aussi équitablement qu'à l'époque où j'avais plus d'argent.

La présidente : En fait, c'est l'inverse.

Le sénateur Cordy : Oui.

La présidente : Cela aurait été 3 p. 100 si vous aviez gagné 100 000 \$; c'est 3 p. 100 de 100 000 \$. Si vous gagnez environ 40 000 \$, c'est 3 p. 100 de 40 000 \$, alors, vous serez en mesure de déduire beaucoup plus rapidement, parce que si vos frais sont de 3 p. 100 ou plus de 40 000 \$, vous pouvez réclamer ces frais. Au fur et à mesure que votre revenu diminue, le chiffre de 3 p. 100 diminue, ce qui vous place dans la fourchette où vous devriez être en mesure de déduire les frais médicaux.

M. Ward : Je l'espère, parce que je continue de payer de l'impôt sur le revenu et mon revenu ne dépasse pas...

La présidente : L'autre chose qui a été ajoutée à l'impôt sur le revenu est le crédit d'impôt en raison de l'âge de 1 000 \$, et cela est censé corriger une partie de l'anomalie.

L'autre élément que vous n'avez peut-être pas eu l'occasion de voir dans notre rapport, c'est le fait qu'une de nos options était l'implantation d'un régime national d'assurance-médicaments, ce qui signifie essentiellement que les médicaments sont gratuits.

M. Ward : C'est dans le rapport?

La présidente : Oui et, évidemment, cela représente la plus grande partie des frais médicaux des personnes âgées. Il ne s'agit pas des services médicaux proprement dits, parce que l'IRM, les tomodensitogrammes ou ce genre de choses sont payés, mais ce qui n'est pas disponible dans de nombreuses provinces, c'est une forme d'assurance pour les médicaments.

Mr. Ward: As a matter of interest — and it is the last comment I will make — obviously we have seen only the second report. Presumably, there was a first report. Going quickly through the table of contents, I was not aware of any mention of the words “income tax.” Words like “financial” and “seniors” are mentioned, but this income tax issue impacts a lot of people who could best use that money to pay for the next hip they need, for example.

Senator Mercer: First, thank you very much for being here. I remember as a student at Saint Mary's back in the late 1960s, there was a gentleman who was constantly in my political science class, an older gentleman. I got to know him. His name was Zatzman, the brother of Joe Zatzman, a former Mayor of the City of Dartmouth. I cannot remember his first name, so that is why I mentioned his brother's name. He was always in my class and I asked him, What are you doing? He said, I am retired and I cannot stand sitting at home. He was working on his fourth degree and this time he was taking a degree in political science. When he finished that degree, he would take a degree in English literature or something, I do not know. Even if we did not invent it, there were people around who were trying to invent it.

We heard a couple of weeks ago about a program at the University of Prince Edward Island. We have heard about Saint Mary's University. We have heard about Acadia University. I wonder whether the other schools in Nova Scotia — Université Sainte-Anne Collège, Dalhousie University, Mount Saint Vincent University, St. Francis Xavier University and University of Cape Breton — all have similar complimentary programs?

Ms. MacDonald: I can tell you that Cape Breton University has a seniors' college that is about three years old. I am not aware of Université Sainte-Anne having anything. Dalhousie started a seniors' college this past summer.

Senator Mercer: Always, always late, that group.

Ms. MacDonald: Saint Mary's led the way. We are 20 years old.

Senator Mercer: As always.

Ms. MacDonald: There is no competition amongst the universities.

Senator Mercer: No, not at all.

The Chair: Some of us are Dalhousie grads and some of us are Saint Mary's grads.

Senator Cordy: Some of us are Mount Saint Vincent grads.

Ms. MacDonald: I can claim all three. I know that St. Francis Xavier has been looking at something, but, to the best of my knowledge, there is not a program specifically in place at this time. McGill University has a creative institute for retirement and there is a national organization called Catalyst.

M. Ward : À titre d'information — et ce sera ma dernière observation — de toute évidence, nous n'avons vu que le deuxième rapport. On peut présumer qu'il y avait un premier rapport. En survolant la table des matières, je n'ai vu aucune mention des mots « impôt sur le revenu. » Des mots comme « financier » et « personnes âgées » sont présents, mais cette question d'impôt sur le revenu a des effets sur beaucoup de gens qui pourraient utiliser avantageusement cet argent pour s'offrir une nouvelle hanche, par exemple.

Le sénateur Mercer : Premièrement, merci de votre présence ici. Je me souviens que lorsque j'étais étudiant à l'Université Saint Mary's à la fin des années 1960, il y avait un homme qui était toujours présent dans ma classe de sciences politiques, un homme plus âgé. J'ai fini par faire connaissance avec lui. Il s'appelait Zatzman, le frère de Joe Zatzman, un ancien maire de la ville de Dartmouth. Je ne me souviens pas de son prénom, c'est pourquoi j'ai donné le nom de son frère. Il était toujours dans ma classe et je lui ai demandé : « Qu'est-ce que vous faites? » Il a répondu qu'il était retraité et qu'il était incapable de rester à la maison à ne rien faire. Il cherchait à obtenir son quatrième diplôme et cette fois, il voulait obtenir un diplôme en sciences politiques. Une fois ce diplôme obtenu, il chercherait à obtenir un diplôme en littérature anglaise ou quelque chose d'autre, je ne sais pas. Même si nous ne l'avons pas inventé, il y avait des gens qui essayaient de l'inventer.

Il y a quelques semaines, nous avons appris l'existence d'un programme à l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard. Nous avons entendu parler de l'Université Saint Mary's. Nous avons entendu parler de l'Université Acadia. Je me demande si d'autres écoles en Nouvelle-Écosse — l'Université Sainte-Anne, l'Université Dalhousie, l'Université Mount Saint Vincent, l'Université St. Francis Xavier et l'Université du Cap-Breton — ont des programmes gratuits semblables?

Mme MacDonald : Je peux vous dire que l'Université du Cap-Breton possède un collège du troisième âge depuis trois ans. Je ne sais pas si l'Université Sainte-Anne offre quelque chose. L'Université Dalhousie a mis sur pied un collège du troisième âge l'été dernier.

Le sénateur Mercer : Toujours en retard, cette université.

Mme MacDonald : L'Université Saint Mary's a été la première. Le nôtre a 20 ans.

Le sénateur Mercer : Comme toujours.

Mme MacDonald : Il n'y a pas de concurrence entre les universités.

Le sénateur Mercer : Non, pas du tout.

La présidente : Certains d'entre nous sont des diplômés de Dalhousie et d'autres, de Saint Mary's.

Le sénateur Cordy : Certains d'entre nous sont des diplômés de Mount Saint Vincent.

Mme MacDonald : Je peux revendiquer les trois. Je sais que St. Francis Xavier envisage quelque chose, mais à ma connaissance, il n'y a pas de programme précis en place à l'heure actuelle. L'Université McGill possède un Institut d'études à la retraite et il y a une organisation nationale appelée Catalyst.

Senator Mercer: Maybe in our report we need to talk about coordinating the dissemination of information to people about the various programs across the country because I think continuous, lifelong learning is absolutely terrific.

Mr. Ward, you talked about the program at Acadia and it costs \$20 to join. Is that fee only for the free lectures?

Mr. Ward: Yes, that is correct. The \$20 allows someone to attend any of the seminars that are mentioned in the program that comes out each year, to audit any course and they have free access to the university library. If they want to take "a course," six to eight weeks long, of so many hours and on such and such a topic, there is a fee that varies from course to course.

Senator Mercer: If it was a credited course, do they pay the same as an undergraduate student?

Mr. Ward: No.

Senator Mercer: No?

Mr. Ward: No.

Senator Mercer: Is it free?

Mr. Ward: Any of the advertised courses carry a fee. I can audit a course that is taught within the university itself simply by paying the \$20 registration fee. If I am a member of ALL, I pay no fee to audit a course within the halls of the university. If a university professor, a bio-water-engineering guy, puts on a course on wildlife biology in the Lower Annapolis Basin and it is advertised in ALL, I might pay \$75 to take that course.

Senator Mercer: If I went to Acadia's calendar and chose a course that I might take as an undergraduate —

Mr. Ward: You must be at least 50 to be a member of ALL. As a member of ALL, you may audit a course. That would be non-credit. You would simply audit that course because you are interested in that topic. You receive no degree, qualification or whatever.

Senator Mercer: Okay.

The Chair: As opposed to my husband who spends \$800 to take a course, which he audits, but Carleton does not have that kind of a program. Carleton used to, and it was for free, as you indicated that Saint Mary's used to be, but my daughters told him that since they were paying for university courses they were taking, he should be able to pay for his too.

Senator Mercer: As far as I can gather, Senator Carstairs, the only thing that has changed here is he is still paying the fee and still taking the courses. You are the only one who has benefited so

Le sénateur Mercer : Peut-être que dans notre rapport, nous devrions parler de coordonner la dissémination de l'information sur les divers programmes offerts dans l'ensemble du pays, parce que je pense que l'apprentissage permanent, l'apprentissage à vie, est absolument fantastique.

Monsieur Ward, vous avez parlé du programme de l'Université Acadia et de ses frais d'inscription de 20 \$. Est-ce que ces frais ne couvrent que les cours libres?

M. Ward : Oui, c'est exact. Les 20 \$ permettent à quelqu'un d'assister à n'importe quel séminaire annoncé dans le programme qui est publié chaque année, d'être auditeur libre dans n'importe quel cours et d'avoir accès gratuitement à la bibliothèque de l'université. Si les gens veulent suivre « un cours » d'une durée de six à huit semaines, comportant un certain nombre d'heures et sur tel ou tel sujet, il y a des frais qui varient d'un cours à l'autre.

Le sénateur Mercer : Si c'était un cours avec unités, est-ce qu'ils payent la même chose qu'un étudiant du premier cycle?

M. Ward : Non.

Le sénateur Mercer : Non?

M. Ward : Non.

Le sénateur Mercer : Est-ce gratuit?

M. Ward : Tous les cours annoncés comportent des frais. Je peux être auditeur libre dans un cours qui est donné à l'université même en payant simplement les frais d'inscription de 20 \$. Si je suis membre du programme ALL, je n'ai pas de frais à payer pour suivre un cours dans l'enceinte de l'université. Si un professeur d'université, un type en génie biologique de l'eau, donne un cours sur la biologie de la faune dans le bassin Annapolis inférieur et que c'est annoncé dans le programme ALL, je peux devoir payer 75 \$ pour suivre ce cours.

Le sénateur Mercer : Si j'allais voir le programme de l'Université Acadia et que je choisisais un cours que je pourrais prendre à titre d'étudiant du premier cycle...

M. Ward : Vous devez avoir au moins 50 ans pour être membre du programme ALL. À titre de membre du programme ALL, vous pouvez être étudiant libre. Il n'y aurait pas d'unités. Vous ne feriez qu'assister à ce cours parce que le sujet vous intéresse. Vous ne recevrez pas de diplôme, de compétence ou quoi que ce soit d'autre.

Le sénateur Mercer : Très bien.

La présidente : Comparative à mon mari qui dépense 800 \$ pour suivre un cours, où il est auditeur libre, mais l'Université Carleton n'offre pas ce genre de programme. C'était le cas à Carleton auparavant et c'était gratuit, comme c'était le cas à Saint Mary's, comme vous l'avez dit, mais mes filles lui ont dit que puisqu'elles payaient les cours universitaires qu'elles suivaient, il devrait être en mesure d'en faire autant.

Le sénateur Mercer : D'après ce que je crois comprendre, sénateur Carstairs, la seule chose qui a changé ici, c'est qu'il continue de payer des frais et qu'il continue de suivre des cours.

far. You do not have to proofread his work. As long as we all understand that.

I think the coordination thing would work well, particularly in a market as tight as the Atlantic Provinces and even tighter if you talk only about Nova Scotia because there is an established university organization where the universities talk to each other on a regular basis and work together. I suggest that it might not be a bad forum for them to add seniors' education and lifelong learning as a topic for their discussion.

Ms. MacDonald: Last August, the University of Prince Edward Island hosted a national consultation on the concept of seniors colleges and seniors learning for exactly the reasons you indicated: to share information, to look at trends and to consider policy.

Ms. Ward: As a point of interest, the University of New Brunswick has a similar course. It is interesting to look at the boards that make up these different adult learning situations across the country. For some, all the board members must be alumni of that university. Both my husband and I are graduates of McGill, and so at Acadia, there is a broad spectrum which is nice.

Senator Cools: Thanks for holding up the fort for other universities. I am a graduate of McGill University too. So far, Nova Scotia universities have dominated, but it is lovely to be in Nova Scotia.

I listened to all of you and I understand many individuals who have a quest to learn, especially in areas perhaps that they have not mastered before or in which they have been curious all of their lives. It suddenly occurred to me, in terms of the people that you are talking about that I was interested in the demographics. We are in Nova Scotia and, for a lot of years, mining was a part of the life of Nova Scotia. Somewhere out there, there must be many retired miners because mining is now a thing of the past in Nova Scotia. What do retired miners and retired labourers do in their retirement? How many of these people do you see? In other words, are there social stratification elements to this learning? In other words, is it university-type people who seek these courses in later life, or is it the individual who always wanted to go to university, but could not go because, for example, they had to help their father in the roofing business? I am curious; who are these people?

Ms. Ward: It is a broad spectrum and we have done surveys as well. An artist created this cover for our program and we used that sort of thing. We realize that there is a certain amount of intimidation for people who have never gone to university to come onto campus to take courses. So we try hard to offer some programs off campus. For instance, this past year we instigated a

Vous êtes la seule à avoir profité de cette situation jusqu'ici. Vous n'avez plus à faire la correction de ses travaux. Tant et aussi longtemps que nous comprenons tous cela.

Je pense que l'idée de la coordination fonctionnerait bien, surtout dans un marché aussi restreint que celui des provinces de l'Atlantique, et encore plus restreint si vous parlez uniquement de la Nouvelle-Écosse parce qu'il existe déjà un organisme universitaire où les universités discutent et travaillent ensemble sur une base régulière. Je suggérerais qu'il pourrait s'agir pour elles d'une excellente tribune pour ajouter la formation du troisième âge et l'apprentissage à vie comme un de leurs sujets de discussion.

Mme MacDonald : En août dernier, l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard a été l'hôte d'une consultation nationale sur la notion de collège du troisième âge et d'apprentissage pour les personnes âgées pour les raisons mêmes que vous avez indiquées : partager l'information, voir les tendances et envisager une politique.

Mme Ward : À titre d'information, l'Université du Nouveau-Brunswick offre un cours semblable. Il est intéressant de regarder la composition des conseils des différents systèmes d'apprentissage des adultes d'un bout à l'autre du pays. Dans certains cas, tous les membres du conseil doivent être d'anciens étudiants de l'université en question. Mon mari et moi sommes diplômés de McGill, et en conséquence, à l'Université Acadia, il y a un large spectre, ce qui est bien.

Le sénateur Cools : Merci de garder le fort pour les autres universités. Je suis également diplômée de l'Université McGill. Jusqu'ici, les universités de la Nouvelle-Écosse ont dominé la discussion. Il est fort agréable d'être ici, en Nouvelle-Écosse.

J'ai écouté chacun de vous, et je comprends que bien des personnes puissent avoir une volonté d'apprendre, spécialement en ce qui concerne des domaines qu'ils ne maîtrisaient pas auparavant ou au sujet desquels ils ont été intrigués toute leur vie. En vous écoutant parler de ces gens, je me suis rendu compte que je m'intéressais à la dimension démographique de la question. Nous sommes en Nouvelle-Écosse et, pendant bien des années, l'exploitation minière a fait partie de la vie dans cette province. Il doit y avoir de nombreux mineurs à la retraite, car l'exploitation minière est maintenant chose du passé en Nouvelle-Écosse. Or, que font les mineurs et les ouvriers pendant leur retraite? À combien estimez-vous leur nombre? Autrement dit, cet apprentissage comporte-t-il des éléments de stratification sociale? Est-ce que ce sont des gens ayant déjà fréquenté l'université qui recherchent ces cours durant leur troisième âge, ou plutôt le genre de personne qui a toujours voulu aller à l'université sans avoir pu le faire parce que, par exemple, elle devait aider son père dans l'entreprise de toitures familiale? Je suis curieuse; qui sont ces gens?

Mme Ward : Il s'agit d'un vaste éventail de personnes. Nous avons également effectué des sondages. Un artiste a créé cette couverture pour notre programme, et nous avons utilisé ce genre de choses. Nous sommes conscients que les gens qui ne sont jamais allés à l'université se sentent intimidés d'aller sur le campus pour suivre des cours. Nous faisons donc de notre mieux pour

brown bag lunch program and participants do not even have to pay their \$20 to belong to ALL. They can show up and have their brown bag lunch; there may be a speaker, or maybe not.

So people can take many things where they do not require any formal education in any way, or any history of formal education. I appreciate what you are saying; that there is often a large group of people that we are not reaching because they have never had the privilege or the opportunity to take education beyond perhaps high school or, perhaps, not even high school. So we always need to be aware of access.

Ms. MacDonald: Coming from a university, I always quote the research. Research seems to indicate that people resume learning at the level at which they left off, which addresses part of your concern.

However, I can speak briefly about the Cape Breton University's Seniors College because there are not many miners in Halifax, but there are a fair number of them in Cape Breton. I have some contacts with the people there and their seniors college. They have been cognizant of that particular concern and have made special efforts to reach out to people who do not have a university background, but to draw upon their strengths, expertise and experiences and to use them as a focus to draw people in. There is a culture of the mine and organizers have drawn upon that both to create learning resources for elementary school children as well as to bring people into a learning community of seniors.

The Chair: The other thing is, of course, that there is great talk about mining starting up again in Nova Scotia and so we will be interested to see what happens.

Senator Cools: Also, to learn from this experience too, maybe we should be more mindful to social stratification in our debates and discussions, because you quoted a woman's statement about men not being disposed to learning or something. My mother taught me when I was young to be respectful of the people who work on your land, who come to work for you on your property. If I have someone in to cut or trim my trees, I make sure I give them cold water, cold drinks and so on. It is easy for us sometimes to overlook the fact that the majority of people in this country are labourers.

Most men are carpenters, plumbers, welders or mechanics. Most women are not sitting here around the Senate table. Most women are cashiers, sales ladies, hair dressers and so on. I like to think of myself as a sensitive person, but I realized I have not been thinking about these people in retirement and maybe we should include this aspect because I have discovered that a lot of men do not have a natural inclination to make personal demands for themselves and their needs. A lot of men have done only brutish labour all their lives. I will give an example. If someone is working for you and cuts his finger, it is the hardest thing in the world to persuade him to stop work, to lose that two hours pay, to go to a

offrir des programmes hors campus. Par exemple, l'an dernier, nous avons lancé un programme de rencontres casse-croûte, où et les participants n'ont même pas à payer les frais de 20 \$ pour être membres d'ALL. On peut se présenter et bénéficier de cette réunion d'information; il peut y avoir un conférencier ou non.

Donc, les gens peuvent bénéficier de bien des cours pour lesquels aucune éducation formelle ni aucun niveau d'études ne sont requis. Je comprends ce que vous voulez dire : il y a souvent un large groupe de personnes que nous n'atteignons pas parce qu'elles n'ont jamais eu le privilège ou l'occasion de faire des études au-delà du secondaire, voire peut-être même pas jusqu'à ce niveau. Donc, nous ne devons jamais perdre de vue l'élément d'accès.

Mme MacDonald : Puisque je viens du milieu universitaire, je cite toujours la recherche. Et d'après cette dernière, il semble que les gens reprennent leurs études là où ils les avaient laissées, ce qui répond en partie à votre préoccupation.

Quoi qu'il en soit, je peux parler brièvement du Seniors College de l'Université du Cap-Breton, car s'il n'y a pas beaucoup de mineurs à Halifax, ils sont en revanche très nombreux au Cap-Breton. J'ai des contacts avec des gens de l'Université et du Seniors College. On est conscient de cette préoccupation particulière, et on a pris des mesures spéciales pour atteindre les personnes qui n'ont pas fait d'études universitaires. On a misé sur les forces, les expériences et les compétences de ces gens, en utilisant ces qualifications comme point central pour les attirer. Il existe une culture des mines, et les organisateurs en ont tenu compte, tant pour créer des ressources éducatives pour les élèves du primaire que pour attirer des gens dans une collectivité d'apprentissage pour les aînés.

La présidente : L'autre aspect, c'est bien sûr qu'on parle beaucoup de relancer le secteur minier en Nouvelle-Écosse. Nous serons donc intéressés à voir ce qui arrivera.

Le sénateur Cools : Par ailleurs, pour apprendre de cette expérience également, peut-être devrions-nous nous soucier davantage des stratifications sociales dans le cadre de nos débats et discussions, car vous avez cité la déclaration d'une femme selon laquelle les hommes n'étaient pas disposés à apprendre, ou quelque chose du genre. Lorsque j'étais jeune, ma mère m'a enseigné qu'il fallait être respectueux envers les gens qui travaillent pour vous, sur votre propriété. Si quelqu'un vient chez moi pour tailler mes arbres, je m'assure de lui offrir de l'eau, des boissons froides, et cetera. Parfois, il est facile pour nous d'oublier que la majorité des gens dans ce pays sont des ouvriers.

La plupart des hommes sont charpentiers, plombiers, soudeurs ou mécaniciens. La plupart des femmes ne siègent pas au Sénat. Elles sont en majorité des caissières, des vendeuses, des coiffeuses, et cetera. J'aime à me considérer comme une personne sensible, mais je me rends compte que je n'ai pas pensé à la situation de ces gens à la retraite; et peut-être devrions-nous inclure cet aspect, car j'ai découvert que beaucoup d'hommes n'étaient pas naturellement portés à demander personnellement des choses pour répondre à leurs besoins. Beaucoup ont fait un travail pénible toute leur vie. Je vais vous donner un exemple. Si un ouvrier qui travaille pour vous se coupe le doigt, rien ne sera plus

doctor. Other people, especially who are on a different payroll, want two days off work, sick leave or something. In a way, you evoked this issue in my mind. Why is it then that so many people who do not have a history of personal self-development are reluctant to seek it?

One of the earlier witnesses talked about the churches providing social cohesion because many of those individuals still go to church. This is something that just came to me and perhaps you can comment.

Ms. MacDonald: I mentioned briefly, because I have not completed the analysis part, that I am engaged in a follow-up study with seniors who are the same age cohort as Elder Learners, but who do not have the same educational background and the same financial resources. In that context, this group includes both men and women. There are more men in this particular group, but there is not an interest in formal learning, and I think the critical word is "formal." I think they are learning, but the idea of sitting still, of listening passively to someone else who is an expert and who does not connect to their areas of expertise is something that is of no interest to them. It is not relevant to where they are in their lives. I think it is a matter of finding, and I do not think it is difficult to find, and promoting appropriate kinds of learning and the men will be there. Organizers for the Australian Men's Sheds asked themselves, what can we do to make learning a more positive experience for everybody; we have these men who are sitting around being nuisances at home, being drunk in public and being totally engaged in antisocial kinds of behaviours. Community centre sheds have been an important response.

The Chair: Thank you all for participating in this session.

Senators, our next witness is the Honourable Michael Baker, Minister of Finance for the Government of Nova Scotia. With him is his assistant deputy minister, Elizabeth Cody.

You know Senator Mercer and Senator Cordy because they are Nova Scotia senators, and Senator Cools, who is from Ontario, introduced herself to you.

When I was sworn into the Senate in 1994, I was told that I was the senator via Nova Scotia and Alberta because I was born and raised in Nova Scotia. My father is a former premier and a former senator from the province. Then, of course, I graduated from university here and then, went west, young lady, go west. That is what happened to me so you are in good company, Mr. Minister. We welcome you and look forward to your presentation.

difficile que de tenter de le convaincre d'arrêter de travailler, et de perdre ainsi deux heures de salaire, pour aller voir un médecin. D'autres personnes, surtout celles qui bénéficient d'un régime de paye différent, voudront prendre deux jours de congé, de maladie ou autre. D'une certaine manière, vous avez soulevé cette question dans mon esprit. Mais qu'est-ce qui explique qu'un si grand nombre de personnes qui n'ont pas d'antécédents d'autoperfectionnement soient si réticentes à tenter de s'en prévaloir?

L'un des témoins qui ont comparu plus tôt a parlé des églises qui apportaient une cohésion sociale, parce qu'un grand nombre de ces personnes continuent à aller à l'église. C'est une chose à laquelle je viens de songer, et peut-être pourriez-vous commenter la question.

Mme MacDonald : J'ai mentionné brièvement, étant donné que je n'ai pas terminé la partie d'analyse, que je participe à une étude de suivi auprès d'ainés appartenant à la même cohorte d'âge qu'Elder Learners, mais qui n'ont pas la même éducation ni les mêmes ressources financières. Dans ce contexte, ce groupe comprend des hommes et des femmes. On trouve davantage d'hommes dans ce groupe particulier, mais on ne s'intéresse pas à l'apprentissage formel, et je crois que le mot clé est « formel ». Je pense que ces personnes apprennent, mais l'idée de rester assis, d'écouter passivement quelqu'un d'autre, un spécialiste qui n'a aucun rapport avec leurs domaines de compétence, n'est pas une chose intéressante pour eux. Cela n'a aucune pertinence au stade où ils en sont dans leur vie. Je pense qu'il s'agit de trouver — et je ne crois pas que ce soit difficile — et de promouvoir les types d'apprentissage qui conviennent, et les hommes participeront. Les organisateurs du projet Men's Sheds, en Australie, se sont demandé ce qu'ils pourraient faire de plus pour que l'apprentissage soit une expérience plus positive pour tout le monde, dans le contexte où il y a ces hommes qui traînent à la maison en étant de véritables nuisances, qui sont ivres en public et qui ont des types de comportements totalement antisociaux. Les centres communautaires ont été une solution importante.

La présidente : Merci à tous pour votre participation à cette séance.

Sénateurs, notre prochain témoin est l'honorable Michael Baker, ministre des Finances du gouvernement de la Nouvelle-Écosse, qui est accompagné de sa sous-ministre adjointe, Elizabeth Cody.

Vous connaissez les sénateurs Mercer et Cordy, car ce sont les sénateurs de la Nouvelle-Écosse; et le sénateur Cools, qui vient de l'Ontario, s'est présentée à vous.

Lorsque j'ai été assermentée au Sénat, en 1994, on m'a dit que j'étais sénateur de Nouvelle-Écosse et d'Alberta, parce que je suis née et j'ai été élevée en Nouvelle-Écosse. Mon père est un ancien premier ministre et un ancien sénateur de cette province. Plus tard, bien sûr, j'ai reçu mon diplôme universitaire ici et, alors que j'étais une jeune femme, je suis partie vers l'Ouest. Voilà mon vécu; vous êtes donc en bonne compagnie, monsieur le ministre. Nous vous souhaitons la bienvenue et sommes impatients d'entendre votre exposé.

Hon. Michael G. Baker, M.L.A., Minister of Finance, Government of Nova Scotia: I appreciate the opportunity to be here this afternoon, and it is nice to see that so many have Nova Scotian ties. I am sure those ties will help you appreciate some parts of our position that I will detail.

With me is Elizabeth Cody from the Department of Finance of the Province of Nova Scotia. I have some, I will not call them short, remarks, but they are not tremendously long remarks and then afterwards I will be glad to attempt to answer any questions the committee might have.

I am pleased to speak to the Special Senate Committee on Aging today. I commend your thorough approach to exploring this topic and I welcome the opportunity to comment on your excellent report, *Issues and Options for an Aging Population*.

The work you are doing has important implications for all of Canada and particularly for provinces like Nova Scotia. We are already seeing the effects of an aging population and over time, these effects will only become more profound.

It is incumbent on all of us to develop public policy that will respond to these changes appropriately as they occur and I believe this exercise can help guide us in that complex process.

Your work complements Nova Scotia's extensive research for our *Strategy for Positive Aging in Nova Scotia*, which I table with you today. We are well-versed in the issue and options you have outlined in the report.

I regret that there is not sufficient time today to respond to most of them. However, we will file a paper in due course that will provide you with more specific comments.

As Minister of Finance for Nova Scotia, I want to focus specifically on the importance of fiscal policy solutions to address the consequences of aging in our society, which forms the last section of your document. I expect that many of us here today are part of the baby boom generation, born in the post-war years.

Most senior managers in Nova Scotia's public service were around to remember when John F. Kennedy was shot, and I believe the federal government is similar. Indeed, sadly, I remember that day as well.

In a way, we baby boomers are all experts on our demographic history, as we have had a front-row seat to observe all the phases. The outline of my own baby boomer story is typical. When I was growing up in Lunenburg County, every house on the street had kids, most of the moms were at home when the kids arrived after school and the dads generally worked full-time. In my home

L'honorable Michael G. Baker, député, ministre des Finances, gouvernement de la Nouvelle-Écosse : Je suis heureux de cette occasion de comparaître ici cet après-midi, et il est agréable de constater que vous êtes si nombreux à avoir des liens avec la Nouvelle-Écosse. Je suis sûr que ces liens vous aideront à comprendre certains aspects de notre position, que j'exposerai en détail.

J'ai à mes côtés Elizabeth Cody, du ministère des Finances de la Nouvelle-Écosse. J'ai quelques remarques à faire, qui ne sont pas très longues, je dirais; et par la suite, je m'efforcerai avec plaisir de répondre à toute question que pourraient avoir les membres du comité.

C'est avec plaisir que je m'adresse aujourd'hui au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Je vous félicite d'avoir entrepris l'étude approfondie de ce sujet et je suis heureux d'avoir l'occasion de commenter votre excellent rapport, *Une population vieillissante : Enjeux et options*.

L'étude que vous effectuez aura des incidences importantes pour l'ensemble du Canada, en particulier pour des provinces comme la Nouvelle-Écosse. Nous observons déjà les effets du vieillissement de la population, qui iront en s'accroissant avec le temps.

Il nous revient à tous d'élaborer une politique publique qui nous permettra de nous adapter à ces changements au fur et à mesure qu'ils se produiront. Je suis convaincu que cet exercice contribuera à nous guider dans ce processus très complexe.

Votre travail s'ajoute à la vaste recherche entreprise par la Nouvelle-Écosse dans le cadre de l'élaboration de notre *Stratégie pour un vieillissement positif en Nouvelle-Écosse*, que je dépose auprès du comité aujourd'hui. Nous sommes très au fait des enjeux et des options que vous soulignez dans votre rapport.

Je regrette de ne pas avoir assez de temps, aujourd'hui, pour commenter la plupart de ces points. Cependant, nous déposerons en temps opportun un document qui les traitera plus en détail.

En ma qualité de ministre des Finances de la Nouvelle-Écosse, je voudrais insister sur l'importance d'élaborer des politiques fiscales qui permettront de s'ajuster aux conséquences du vieillissement de la population. Vous abordez justement cette question dans la dernière partie de votre rapport. Je pense que bon nombre d'entre nous ici présents appartenons à la génération du baby-boom de l'après-guerre.

La plupart des cadres supérieurs de la fonction publique de la Nouvelle-Écosse se souviennent de l'assassinat de John F. Kennedy — j'imagine que c'est la même chose au gouvernement fédéral. En fait, malheureusement, je me rappelle aussi ce jour-là.

Nous, les baby-boomers, sommes en quelque sorte les spécialistes de notre histoire démographique, puisque nous avons été les observateurs privilégiés de son évolution. Ma propre histoire est typique de la génération du baby-boom. Dans le comté de Lunenburg, où j'ai grandi, il y avait des enfants dans toutes les maisons de toutes les rues; la plupart des mamans

town, the work was usually something related to fishing or processing it when it reached the wharf.

Your report describes categories of the “young old,” “middle old” and the “frail old,” rightly pointing out that aging is not much about chronological age. These concepts did not exist back then. There were not as many older people and people did not live as long.

By contrast, in the town of Mahone Bay near my hometown of Lunenburg, a full one quarter of the population today is over 65. It is only natural that infrastructure and services focus much more on their needs.

For the young old who still have disposable incomes, there are now fine-dining restaurants and luxury condominiums popping up where the old buildings used to be. These people are often doing well, yet by the time they reach middle old, problems may creep in. Mobility is one. It is hard to move around a rural Nova Scotia county if they do not drive. One of the reasons we introduced a program in my budget this year is to help municipalities set up more shuttle services.

Then, there is the issue of frail old. We now offer more seniors' facilities, but as you pointed out, most people prefer to stay in the homes they have lived in all their lives. How do you convert a 120-year-old classic home in Mahone Bay, which has only one bathroom upstairs, into a safe place for your mom who has had a few falls or your father? Who will make sure she is okay when she takes a tumble while you are at work? Is it not all so familiar?

It is important to note that there are both good and bad elements to these demographic changes. We are all enriched by the presence of older friends, relatives and indeed work colleagues in our community. It is great that people are living long and, in many cases, living well. I do not think much in life can compare to taking in the view of Mahone Bay over morning coffee. It is one of the reasons people choose to retire to Nova Scotia's South Shore, but it is a fact that many people across our province will need more support from us in future to live well and in good health in their senior years, perhaps as long as 30 years or more for some. That is true not only for smaller communities like Mahone Bay, but for larger urban centres like Halifax.

However, it will be a challenge for all of us to make sure the supports they need are there. It is not only that baby boomers are aging and living longer. A number of other factors combine to

étaient à la maison quand nous rentrions de l'école, et les papas travaillaient généralement à temps plein. Dans ma ville natale, le travail était habituellement relié à la pêche ou au traitement du poisson à l'arrivée au quai.

Dans votre rapport, vous établissez différentes catégories d'aînés, c'est-à-dire le troisième âge, le quatrième âge et le cinquième âge, en insistant avec raison sur le fait que le vieillissement n'a pas grand-chose à voir avec l'âge chronologique. Dans le passé, ces concepts n'existaient pas. Les aînés n'étaient pas aussi nombreux qu'aujourd'hui, et les gens ne vivaient pas aussi longtemps.

En revanche, dans la baie Mahone, près de Lunenburg, le quart des habitants ont plus de 65 ans. Il est donc naturel que les infrastructures et les services visent de plus en plus à répondre aux besoins de ces personnes.

Les gens du troisième âge, les « jeunes aînés » qui disposent encore d'un revenu, peuvent se permettre d'aller dans de bons restaurants et de vivre dans les condos de luxe qui surgissent là où se trouvaient auparavant les usines de traitement du poisson. Ces personnes s'en tirent généralement plutôt bien. C'est lorsqu'elles franchiront le cap du troisième âge que certains problèmes pourront se faire sentir. La perte de la mobilité en est un. Il est très difficile de se déplacer dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse si vous ne conduisez pas. C'est l'une des raisons qui m'ont incité à annoncer, dans le budget de cette année, un programme pour aider les municipalités à se doter d'un plus grand nombre de services de navette.

Puis viennent les problèmes du « cinquième âge ». Nous offrons maintenant aux aînés un plus grand nombre d'établissements adaptés à leurs besoins, mais comme vous le faites remarquer, la plupart des gens préfèrent rester dans la maison où ils ont passé la majeure partie de leur vie. Comment aménager une maison typique de 120 ans — qui ne dispose que d'une seule salle de bain à l'étage — pour en faire un endroit sécuritaire pour votre mère qui a déjà fait quelques chutes? Et qui s'assurera qu'elle va bien après une chute pendant que vous êtes au travail? Qui n'a pas ces inquiétudes?

Il est important de souligner que ces changements démographiques ont des côtés autant positifs que négatifs. La présence d'amis, de parents ou de collègues de travail âgés dans nos collectivités est une richesse pour nous. C'est formidable de constater que les gens vivent plus longtemps et, pour la plupart, en bonne santé. À mon avis, rien n'est plus beau que la contemplation de la baie Mahone, au petit matin, devant son café. C'est l'une des raisons pour lesquelles les gens décident de prendre leur retraite sur la côte Sud de la Nouvelle-Écosse. Or, de nombreux habitants de notre province auront besoin d'un soutien accru de notre part pour vivre leur vieillesse dans le confort et en santé — pour certains, peut-être encore 30 bonnes années. Cela est vrai non seulement pour les petites collectivités comme baie Mahone, mais aussi pour les grands centres urbains comme Halifax.

Toutefois, nous devons tous relever un défi : nous assurer que les mesures de soutien dont ils ont besoin sont en place. Ce n'est pas seulement que les baby-boomers vieillissent et vivent plus

make this issue more acute for us here in Nova Scotia and I will note a few examples. We see considerable out-migration of young people who form our potential tax base. The birth rate has now dipped below the death rate. We have a higher population of people with disabilities who have more complex care needs. We have a relatively high proportion with age-related illnesses such as cardiovascular disease and diabetes. We have relatively lower incomes per capita particularly among older women.

Factors like these suggest that the effects of the aging population will be more pronounced in Atlantic Canada, a concept that you have also outlined in your report. We are already working on the problem here in Nova Scotia. For example, our Department of Seniors, created last year from our longstanding Seniors' Secretariat, received a significant increase in its budget this year to pursue the goals identified in the *Strategy for Positive Aging in Nova Scotia*. We continue to invest in additional continuing care beds, including financing the construction of new facilities this year. We are focusing on helping older people live healthier lives through programs such as the framework for Preventing Fall-Related Injuries Among Older Nova Scotians.

Of course, a significant portion of major programs such as health care and social services are focussed on serving older Nova Scotians. Age-related issues touch almost every aspect of our government operations and policy, from long-term care and health promotion to accessible transportation and community development. I believe that we still may be the only province in Canada that has a separate Department of Health Promotion and Protection. Much of their work emphasizes protection of the elderly and promotion of health among the elderly.

Costs are already considerable and we know they will increase as the population ages. As mentioned, this concern is not only a Nova Scotia one. It is, or will be, an issue for all of Canada. It is clear that new and sustained funding will be required to address the changes on the horizon.

If there is one thing we do not agree with in your report, it is the idea that that this problem, which will take some 35 years to cycle through, is temporary. This issue is as permanent as most of the major public policy issues we see. I make this point because the federal government, in particular, has a tradition of providing temporary funding for long-term problems like this one.

Short-term funding propositions, like health wait-time money for three years, leaves the provinces on the hook for major programs when the money expires. My favourite example is Legal

longtemps. Plusieurs autres facteurs viennent accentuer ce problème en Nouvelle-Écosse, et je vais vous donner quelques exemples. Ainsi, nous constatons un exode important des jeunes qui représentent notre base fiscale potentielle. Le taux de naissance a maintenant chuté au-dessous du taux de mortalité. Nous avons une plus grande proportion de personnes handicapées qui nécessitent des soins plus complexes. Nous avons une proportion relativement élevée de maladies liées à l'âge, comme les maladies cardiovasculaires et le diabète. Notre revenu par habitant est relativement plus faible, particulièrement chez les femmes âgées.

De tels facteurs laissent entendre que les effets de la population vieillissante seront plus prononcés au Canada atlantique, ce que vous avez également souligné dans votre rapport. Nous travaillons déjà sur le problème en Nouvelle-Écosse. Par exemple, le budget de notre ministère des Aînés, créé l'année dernière à partir de notre Secrétariat aux Aînés, un organisme de longue date, a été considérablement augmenté cette année afin d'atteindre les objectifs énoncés dans la *Stratégie pour un vieillissement positif en Nouvelle-Écosse*. Nous continuons d'investir dans des lits supplémentaires pour les soins continus, en plus de financer la construction de nouvelles installations cette année. Nous visons à aider les personnes âgées à vivre plus sainement grâce à des programmes comme le cadre pour la prévention des blessures liées aux chutes chez les aînés de la Nouvelle-Écosse.

Bien entendu, une partie importante des grands programmes, comme les soins de santé et les services sociaux, visent à servir les Néo-Écossais âgés. Les questions liées à l'âge touchent presque tous les aspects des activités et des politiques de notre gouvernement, que ce soit les soins de longue durée, la promotion de la santé, les transports accessibles ou le développement communautaire. Je crois que la Nouvelle-Écosse demeure probablement la seule province au Canada où l'on trouve un ministère distinct de la Promotion et de la Protection de la santé. Son travail se concentre, en grande partie, sur la protection des personnes âgées et la promotion de la santé chez ces dernières.

Les coûts sont déjà considérables, et nous savons qu'ils augmenteront à mesure que la population vieillira. Comme je l'ai mentionné, cette préoccupation n'est pas propre à la Nouvelle-Écosse. C'est une question qui concerne, et qui concernera, tout le Canada. Il est évident qu'on aura besoin d'un financement nouveau et soutenu pour faire face aux changements qui se profilent à l'horizon.

S'il y a un point sur lequel nous ne sommes pas d'accord dans votre rapport, c'est l'idée que ce problème, qui nécessitera environ 35 ans pour se résorber, est temporaire. Il s'agit d'une question aussi permanente que la plupart des grandes questions d'intérêt public. Je fais valoir ce point parce que le gouvernement fédéral, en particulier, a l'habitude d'accorder du financement temporaire pour des problèmes à long terme comme celui-là.

Les propositions de financement à court terme, comme les fonds pour la réduction des temps d'attente sur une période de trois ans, obligent les provinces à assumer les coûts de grands

Aid — you will forgive me, I am a former Minister of Justice for Nova Scotia as well as a lawyer by profession — where the 50-cent dollars first promised by the federal government have dwindled away and people complain that the province is not doing enough.

Federal infrastructure money is now available, but only if we have the 50-cent dollars to match funding. Federal trust funds for things like education and the environment are designed to empty out even though the needs remain.

The aging population is an issue of profound significance, a matter of generational change, and it is not going away. We need a sustained and consistent approach to this issue for many years to come. That approach includes the appropriate financial resources. We think that the Senate committee's options should be thoroughly considered by the federal government and all provinces.

As you say, it may be time for Canada to consider amending our federal fiscal transfer system to address the aging problem. Serious consideration should be given to adjusting transfer payments to reflect differences in age-based expenditure needs across the country. Nova Scotia's preferred option is to amend the Canada Health Transfer to compensate provinces with disproportionately large senior populations.

This compensation would at least offset somewhat the planned move to an equal per capita cash transfer in 2014-15. This move will base the health transfer only on the number of citizens in each province and not on what they need in relative terms.

We are not convinced, however, that other transfers would lend themselves to adjustment related to aging. We feel equalization is already complex enough without the additional overlay of an aging factor. While Nova Scotia has noted a number of flaws in the current structure of the Canada Social Transfer for other reasons, we do not see it as the appropriate vehicle for tackling the aging problem.

Your committee has referenced the option of a supplementary program to compensate provinces for uneven aging. We think this option is something worth looking at. In fact, a separate and distinct payment might be the simplest and most straightforward way to help provinces with the costs associated with populations that are aging more rapidly.

However, the bottom line must be that any transfer funding program designed to offset the cost of aging should not suddenly expire when things become really tough; in other words, when most of the baby boomers are old.

programmes lorsque l'argent est épuisé. Mon exemple préféré, c'est l'aide juridique — vous m'excuserez, mais je suis un ancien ministre de la Justice en Nouvelle-Écosse, ainsi qu'un avocat de profession; dans ce programme, le financement de 50 cents par dollar promis initialement par le gouvernement fédéral a diminué, et les gens se plaignent que la province n'en fait pas assez.

Les fonds fédéraux destinés à l'infrastructure sont maintenant disponibles, mais seulement si nous avons les fonds de contrepartie. Les fonds fiduciaires fédéraux pour des domaines tels que l'éducation et l'environnement sont conçus pour être épuisés même si le besoin persiste.

La population vieillissante est une question d'une importance capitale; c'est une question de changement de génération qui ne va pas disparaître. Nous avons besoin d'une approche soutenue et cohérente pour traiter de cette question pendant encore de nombreuses années. Cette approche comprend l'octroi de ressources financières appropriées. Nous croyons que les options du comité sénatorial devraient être examinées à fond par le gouvernement fédéral et par toutes les provinces.

Comme vous le dites, il est peut-être temps pour le Canada d'envisager de modifier son système de transfert fiscal fédéral pour régler le problème du vieillissement. Il faudrait songer sérieusement à ajuster les paiements de transfert pour tenir compte des différences dans les besoins en dépenses liés à l'âge à la grandeur du pays. L'option privilégiée par la Nouvelle-Écosse, c'est de modifier le Transfert canadien en matière de santé afin d'indemniser les provinces ayant un nombre disproportionné d'ainés.

Cela permettrait au moins de contrebalancer quelque peu la transition prévue vers un transfert fondé sur un montant égal par habitant en 2014-2015. Ainsi, le transfert en santé sera fondé uniquement sur le nombre de citoyens dans chaque province, plutôt que sur leurs besoins en termes relatifs.

Nous ne sommes pas convaincus toutefois que d'autres transferts permettraient un ajustement lié au vieillissement. Selon nous, la péréquation est déjà assez compliquée sans le facteur supplémentaire du vieillissement. Même si la Nouvelle-Écosse a relevé plusieurs lacunes dans la structure actuelle du Transfert canadien en matière de programmes sociaux pour d'autres raisons, nous ne le considérons pas comme le moyen adéquat pour s'attaquer au problème du vieillissement.

Votre comité a détaillé l'option d'établir un programme supplémentaire pour compenser le vieillissement inégal d'une province à l'autre. À notre avis, cette option mérite d'être examinée. En fait, la façon la plus simple et la plus directe d'aider les provinces à faire face aux coûts liés au vieillissement plus rapide serait de leur fournir un paiement séparé et distinct.

Au bout du compte, tout programme de transferts destiné à compenser le coût du vieillissement ne devrait pas venir à expiration soudainement lorsque les choses deviennent vraiment difficiles; autrement dit, lorsque la plupart des baby-boomers sont vieux.

Of course, the tendency for governments, both federal and provincial, is to do nothing. It is possible to pretend the problem does not exist or, perhaps, to wait until things reach a crisis mode. You clearly do not recommend this choice and, once again, we very much agree with that.

Here in Nova Scotia we know something must be done. The population, our population, is aging and the earlier we prepare for the change, the better off we will all be. The nation's seniors should be empowered, have choices and live their lives in dignity. We do not believe seniors in some provinces should have more and better services than their counterparts in other provinces.

We all want to enjoy the last days of our baby boom years no matter where we live in Canada.

Once again, I thank you for the opportunity to speak here today and wish you all the best as you tour the country on this important topic. I would be glad to take any questions.

The Chair: Thank you, Mr. Minister. We are delighted that you addressed the big issue that we think impacts specifically on the provinces, which is this fact that we have recognized that certain parts of the country are aging much more rapidly than others. We are seeing some differentiation because Saskatchewan was aging more rapidly than anyone and now has started to do the reverse because of the oil and gas income that has accrued and, of course, the high price for potash. The combination of those two things is drawing people back into the province now.

The same kind of changes are happening in Newfoundland and that is one reason why I think the committee has been looking carefully at Professor Joe Ruggeri's suggestion of a supplemental initiative, but he also makes clear that the initiative must be a minimum of 35 years, that it could not be less than that if we start with a supplemental payment.

Yes, it can fluctuate from province to province. If the offshore activity in Nova Scotia becomes as wonderfully pervasive as we want to see, Nova Scotia could have the same kind of boom of younger citizens. The movement of citizens in this province is not new. I remember being interviewed in 1962, when I graduated from Dalhousie University, about why so many of us were leaving the province. We used to pride ourselves on the fact that Nova Scotia's finest export was our brains.

Can you also address, very briefly, the whole idea around national prescription coverage for Canadians because, as you know, this area of high cost for seniors is becoming higher and higher. Some provinces like Ontario deal with it on the basis of

Bien entendu, les gouvernements, tant fédéral que provinciaux, ont tendance à se croiser les bras. Il est possible de prétendre que le problème n'existe pas ou, peut-être, d'attendre jusqu'à ce que la situation prenne des proportions de crise. De toute évidence, ce n'est pas le choix que vous recommandez et, encore une fois, nous sommes tout à fait d'accord.

Ici, en Nouvelle-Écosse, nous savons qu'il faut agir. La population, notre population, est en train de vieillir; plus tôt nous nous préparons au changement, mieux ce sera pour nous tous. On devrait donner aux aînés du pays les moyens de demeurer actifs, d'avoir des choix et de vivre leur vie en toute dignité. Nous ne croyons pas que les aînés dans certaines provinces devraient recevoir davantage de services et de meilleure qualité comparativement à leurs homologues dans d'autres provinces.

En tant que baby-boomers, nous voulons tous profiter de nos dernières années dans cette étape de notre vie, peu importe où nous résidons au Canada.

Une fois de plus, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de prendre la parole aujourd'hui et je vous souhaite, à vous tous, la meilleure des chances dans votre tournée pancanadienne sur ce sujet important. Je serai heureux de répondre à vos questions.

La présidente : Merci, monsieur le ministre. Nous sommes ravis que vous ayez abordé la grande question qui, selon nous, touche précisément les provinces, à savoir le fait reconnu par notre comité que la population dans certains coins du pays vieillit beaucoup plus rapidement que d'autres. Nous observons une certaine fluctuation; par exemple, en Saskatchewan, où la population vieillissait plus rapidement que celle de toute autre province, on assiste maintenant à un renversement à cause du revenu accru de l'exploitation pétrolière et gazière et, bien sûr, du prix élevé de la potasse. La combinaison de ces deux facteurs encourage maintenant le retour des gens vers la province.

On assiste au même genre de changements à Terre-Neuve, et c'est la raison pour laquelle je crois que le comité a examiné attentivement la proposition du professeur Joe Ruggeri concernant une initiative supplémentaire; toutefois, il a aussi indiqué clairement que l'initiative devra s'étaler sur un minimum de 35 ans, et rien de moins, si nous procédons à un paiement supplémentaire.

Oui, la situation peut fluctuer d'une province à l'autre. Si l'activité au large des côtes en Nouvelle-Écosse devient aussi florissante que nous le voulons, la province pourrait connaître le même boom de citoyens plus jeunes. Le mouvement des citoyens dans cette province n'est pas nouveau. Je me souviens qu'en 1962, à la fin de mes études à l'Université Dalhousie, on m'avait interrogée sur les raisons pour lesquelles tant de jeunes quittaient la province. Nous tirions fierté de l'exportation la plus recherchée de la Nouvelle-Écosse : nos cerveaux.

Pouvez-vous parler, très brièvement, de toute l'idée entourant la création d'un régime d'assurance-médicaments national pour les Canadiens parce que, comme vous le savez, les coûts dans ce domaine deviennent de plus en plus élevés pour les personnes

everybody over 65 pays a small base and then they receive the rest of their prescriptions free.

Manitoba deals with prescription coverage entirely differently. In Manitoba, it is based entirely on income. What are your thoughts with respect to a national prescription program? Is it a long overdue concept?

Mr. Baker: We certainly support it. I should perhaps tell you a bit about Nova Scotia's program. Nova Scotia has a program where a senior pays \$400 for coverage. It is universal in the sense that anyone over 65 is eligible for the program. There are those who do not take advantage of the program, but, by and large, they are people who have lifelong coverage as a result of perhaps working for the Government of Canada where, in many cases, they have prescription coverage for their lifetime. Therefore, the issue is not so important. By and large, I would say almost all our seniors would take advantage of that program and the cost of that program. There are co-pays, obviously, in the program. Those co-pays are capped. There are a number of details to the program, but one of the most significant is that we have made a commitment as a government that 75 per cent of the cost of the program will be paid for by government. This leaves 25 per cent of the cost of the program to be borne by seniors on an ongoing basis. The program is generous from the point of view of the amount of governmental contribution.

Also, groups of people are exempted, obviously, from paying any premiums at all. My recollection is that, and it is always a danger is to go by memory, people receiving the guaranteed income supplement, for example, are exempted from paying any premiums at all.

The program is income tested in that way, but it is a flat premium, reduced or eliminated by your income. Income does not need to be very low before they are covered under the program.

As you can appreciate, our average income in Nova Scotia is lower than other parts of the country, which is something that, as Minister of Finance, I am well aware of because it means that more of our citizens fall into lower marginal tax brackets than other parts of this country, and that situation affects our revenue stream, of course.

I think the program has great merit. One thing we have also implemented in Nova Scotia this past March is the Family Pharmacare program. That program is based largely on income, as opposed to the seniors program. It is designed to provide coverage.

As an anecdote, by the way, we believe that a national Pharmacare program period both for seniors and for younger Canadians would be well in order. We believe that as many as 180,000 Nova Scotians will be covered under our new Pharmacare program that did not have coverage previously either through the seniors programs, employer-provided programs and the like.

âgées. Pour y remédier, certaines provinces comme l'Ontario demandent aux 65 ans et plus de payer un petit montant fixe, ce qui leur permet de recevoir gratuitement le reste de leurs médicaments sur ordonnance.

Au Manitoba, on aborde l'assurance-médicaments tout à fait différemment. Le régime manitobain est entièrement basé sur le revenu. Que pensez-vous d'un programme national d'assurance-médicaments? Est-ce un concept attendu depuis longtemps?

M. Baker : Nous l'appuyons certainement. Je devrais peut-être vous parler un peu du programme de la Nouvelle-Écosse. La Nouvelle-Écosse dispose d'un programme dans le cadre duquel un aîné paie 400 \$ pour la couverture. C'est universel, en ce sens que toute personne de plus de 65 ans y est admissible. Certains ne voient pas le besoin d'y recourir mais, de façon générale, il s'agit de personnes qui ont une couverture à vie, peut-être parce qu'elles ont travaillé pour le gouvernement du Canada qui offre, dans bien des cas, une couverture à vie. Par conséquent, pour eux, la question n'est pas si importante. Somme toute, je dirais que la plupart de nos aînés ont recours à ce programme et profitent du coût de ce programme. Le programme prévoit, évidemment, une participation aux coûts qui est plafonnée. Parmi les particularités du programme, la plus importante, c'est que notre gouvernement a pris l'engagement d'assumer 75 p. 100 du coût du programme; les aînés n'ont donc à en assumer que 25 p. 100 de façon permanente. Le programme est généreux, compte tenu du montant de la contribution gouvernementale.

De plus, il y a évidemment des groupes de gens qui ne sont pas tenus de payer des primes. Si je me souviens bien, et c'est toujours risqué d'y aller de mémoire, les bénéficiaires du supplément de revenu garanti, par exemple, ne sont pas tenus de payer des primes.

De cette façon, le programme tient compte des revenus, mais il s'agit d'une prime forfaitaire, qui est réduite ou éliminée selon votre revenu. On n'a pas besoin d'avoir un revenu très faible pour être admissible au programme.

Comme vous pouvez le voir, le revenu moyen en Nouvelle-Écosse est inférieur à celui d'autres parties du pays, et je le sais d'autant plus comme ministre des Finances, parce que cela signifie qu'un plus grand nombre de nos citoyens se classent dans les tranches d'imposition les plus faibles comparativement à d'autres régions du pays; bien sûr, cette situation a un effet sur notre source de revenus.

Je crois que le programme a beaucoup de mérite. Un autre programme que nous avons mis en œuvre en Nouvelle-Écosse, depuis mars dernier, c'est le programme Family Pharmacare. Ce programme est fondé, en grande partie, sur le revenu, contrairement au programme pour les personnes âgées. Il est conçu pour accorder une couverture.

J'ouvre une parenthèse, en passant. Nous croyons qu'un programme national d'assurance-médicaments serait de mise à la fois pour les personnes âgées et les jeunes Canadiens. Selon nous, notre nouveau programme d'assurance-médicaments couvrira environ 180 000 Néo-Écossais qui n'étaient pas inclus auparavant dans les programmes destinés aux personnes âgées, les programmes offerts par l'employeur, et cetera.

The Chair: The other advantage, of course, is having a national formulary. We all know the stresses on an individual province when one province grants a drug under their formulary. Every other province, no matter how effective or how costly this drug may be, has immediate pressures laid on them to recognize that drug as a drug of choice for citizens. A national formulary would take some of the pressure off individual provinces to accept or not accept these drugs.

Mr. Baker: I think that is again a good idea. I think we are in the same boat as other provinces, in that regard. When one province approves a drug, it puts tremendous pressure on us to approve that drug as well and those drug approvals may or may not be the most effective way of treating a particular illness.

I think a national formulary would take at least part of that pressure off provincial governments. One drug in Nova Scotia for catastrophic illness is a \$250,000-a-year-per-person medication and we happen to have in Nova Scotia the highest number of people with the illness, certainly per capita, but I think in absolute terms. It is a particular genetic illness. I believe it is called Fabry's disease, technically speaking, but in Lunenburg County, growing up, it was known as Tancook Disease. Medications are expensive medications for this illness.

By way of anecdote, the particular genetic illness in question started with a lady whose last name was Baker, and she would be at least a relative of my own. Fortunately, in my particular family we do not have that ailment, but it goes to prove that any particular province can be susceptible to these kinds of drugs and drug pressures. A national formulary would be a great way of at least bringing some management to the question. A number of provinces cover the medications for this drug and many more do not.

Again, while it is most common in Nova Scotia, it is not by any means an illness that is not known in other parts of the country. Apparently, it is a genetic illness that is connected to people of central European extraction.

Senator Mercer: Mr. Minister, welcome and it is good to see you again. A couple of items have been covered throughout our study, as we have held hearings in Ottawa and as we started across the country. We have had an ongoing discussion about guaranteed annual income. Some people support it, and some people do not. Senator Segal, who is a Conservative senator from Ontario, says that if we have a guaranteed annual income, we will be able to remove a whole bunch of other social programs that we currently have in place. I am interested in whether you have an opinion on guaranteed annual income, or whether the Government of Nova Scotia has formulated an opinion on it?

Mr. Baker: No, we do not have any formal policy position on that issue, one way or the other. I am obviously familiar with the concept. It has been one around for a number of years. I have heard some of the advocates for and against, and candidly, our

La présidente : L'autre avantage, évidemment, c'est d'avoir un formulaire national. Nous sommes tous au courant des pressions que subit chaque province lorsqu'une province ajoute un médicament à son formulaire. Toutes les autres provinces, peu importe l'efficacité ou le coût du médicament, subissent immédiatement des pressions pour le reconnaître comme un médicament de choix pour les citoyens. Grâce à un formulaire national, moins de pressions seraient exercées sur les provinces pour qu'elles acceptent ou refusent un médicament.

M. Baker : Je crois que c'est, là encore, une bonne idée. Nous sommes dans le même bateau que les autres provinces à cet égard. Lorsqu'une province approuve un médicament, cela exerce une pression terrible sur nous pour que nous approuvions, nous aussi, ce médicament; il se peut que ces approbations soient la façon la plus efficace de traiter une maladie particulière, mais le contraire pourrait être vrai aussi.

Je crois qu'un formulaire national atténuerait au moins une partie de la pression que subissent les gouvernements provinciaux. En Nouvelle-Écosse, il y a un médicament qui coûte 250 000 \$ par année par personne pour traiter une maladie catastrophique. Il se trouve qu'en Nouvelle-Écosse, nous avons le nombre le plus élevé de personnes souffrant de la maladie, certainement par habitant, mais je crois aussi en termes absolus. C'est une maladie génétique particulière. Je crois qu'on l'appelle la maladie de Fabry, techniquement parlant, mais dans le comté de Lunenburg, où j'ai grandi, on l'appelait la maladie de Tancook. Les médicaments sont coûteux pour traiter cette maladie.

Soit dit en passant, la première personne à développer cette maladie génétique était une dénommée Baker; nous avons donc au moins un certain lien de parenté. Heureusement, dans ma famille, nous ne sommes pas touchés par cette affection; mais cela prouve que n'importe quelle province pourrait avoir besoin de ces médicaments et subir des pressions à cet égard. Un formulaire national faciliterait grandement la gestion de cette question. Si certaines provinces couvrent ces médicaments, de nombreuses autres ne le font pas.

Je le répète, même si cette maladie est particulièrement répandue en Nouvelle-Écosse, ce n'est pas le seul endroit du pays où elle sévit. Apparemment, c'est une maladie génétique qui affecte les gens dont les ancêtres venaient d'Europe centrale.

Le sénateur Mercer : Monsieur le ministre, je vous souhaite la bienvenue et je suis très heureux de vous revoir. Nous avons couvert plusieurs questions au cours de notre étude, lors des audiences tenues à Ottawa et dans diverses régions du pays. Nous discutons depuis un certain temps du revenu annuel garanti, une proposition que certaines personnes appuient et que d'autres rejettent. Le sénateur Segal, un conservateur de l'Ontario, est d'avis que pareille mesure nous permettrait d'éliminer toute une panoplie de programmes sociaux actuellement en place. J'aimerais savoir si vous ou le gouvernement de la Nouvelle-Écosse avez une opinion à ce sujet.

M. Baker : Non, nous n'avons pas de position stratégique officielle sur la question, dans un sens ou dans un autre. De toute évidence, le concept ne m'est pas étranger. On en parle depuis plusieurs années. J'ai entendu des arguments favorables et

government has not formulated an opinion. I do not think I will express an opinion, except to say it is an interesting concept, and it is one mechanism to deal with some problems, particularly social problems. The concern that I have heard expressed, of course, is that it may have the effect, in some cases, of discouraging people from entering the workforce and that kind of thing. That problem becomes another source of concern because, as you can appreciate, we have the same problem in Nova Scotia that many parts of this country have, which is that jobs in many parts of our province are not being taken up. That is one reason why our seniors are important because they represent a source of labour for our businesses that we cannot afford to ignore because people have learned skills over a lifetime and we want to make sure that those skills are available for people so that they will continue to provide them as long as they are able to, and want to, of course.

Senator Mercer: This situation is a problem across the country. The shortage of labour has become a problem and, God knows, I never thought I would hear the day in Nova Scotia when we were starving for people to go to work. However, that news is good news, but we still must fix it.

The other argument that we have heard is with respect to transportation for seniors. Many seniors are not able to afford transportation. We need to separate our discussion into rural and urban because for people, other than the people who live in the King's corridor to Weymouth, there is no rural public transit. By the way, that transit system is probably an exception in the country and one that we should all be proud of.

Some thoughts have been presented in the last few days that perhaps we should give anyone who receives a guaranteed income supplement a free transit pass, whether or not it is public transit, or maybe anybody over the age of 65 should be given free access to public transit, without having a means test. Obviously, some adjustment will be required in these situations with rural Canadians or rural Nova Scotians. Have you given any thought to that issue? Have you examined that end? Of course, as Minister of Finance, your ultimate concern would also be the cost.

Mr. Baker: People in metro Halifax, the urban part of Halifax Regional Municipality, have a reasonable transit system. Obviously, we would all like to see it further enhanced, but there is a transit system. The difficulty, of course, is that outside of that transit system there is none, with the exception of the King's transit in the corridor that goes from Hants County through to Weymouth, there really is no other significant transit corridor in our province.

If there is some kind of transit allotment for a senior, then I believe it needs to be adjusted in some way to deal with the realities of rural folks. Because, candidly, taxis or paying a neighbour to drive people are pretty much the only public transit options that are available to rural Nova Scotians. There are a few exceptions. Cape Breton Regional Municipality has a transit

défavorables sur le sujet, et, très franchement, notre gouvernement n'a pas pris position. Je n'ai pas non plus d'opinion à exprimer, sauf pour dire que c'est un concept intéressant et que c'est un mécanisme qui nous permettrait de régler certains problèmes, particulièrement d'ordre social. J'ai bien sûr entendu dire qu'un tel programme pourrait dans certains cas décourager les gens d'entrer sur le marché du travail. Ce problème devient lui-même une source de préoccupations; en effet, vous êtes certainement conscients que la Nouvelle-Écosse se trouve dans la même situation que de nombreuses autres provinces, c'est-à-dire que des emplois restent vacants dans de nombreuses régions. C'est l'une des raisons pour lesquelles nos aînés sont importants : ils représentent pour nos entreprises une source de main-d'œuvre que nous ne pouvons ignorer parce que ces gens ont acquis, au cours de leur vie, des compétences dont ils peuvent faire profiter les autres, aussi longtemps qu'ils en ont la capacité ou le désir, évidemment.

Le sénateur Mercer : Cette situation touche tout le pays. La pénurie de main-d'œuvre est devenue un problème, et Dieu sait que jamais je n'aurais pensé qu'un jour la Nouvelle-Écosse manquerait désespérément de travailleurs. Même si c'est une bonne chose, il faut quand même régler le problème.

Il a également été question du transport des aînés, notamment du fait que les frais de transport sont trop élevés pour bon nombre d'entre eux. Nous devons examiner la question différemment selon qu'on parle des régions rurales ou des zones urbaines, car les gens ne bénéficient pas du transport public en région rurale, exception faite de ceux qui vivent dans le corridor desservi par l'entreprise Kings, jusqu'à Weymouth. Ce réseau de transport en commun, dont nous avons toutes les raisons d'être fiers, constitue probablement une exception au pays.

Ces derniers jours, certains ont proposé que nous accordions à toute personne qui reçoit un revenu garanti un laissez-passer de transport gratuit, qu'il s'agisse de transport en commun ou non, ou que toute personne âgée de 65 ans et plus ait accès gratuitement au transport en commun, quels que soient ses moyens financiers. De toute évidence, il faudra adapter cette mesure à la situation des Canadiens et des Néo-Écossais qui vivent en zone rurale. Avez-vous réfléchi à la question? Avez-vous pensé à cette facette du problème? Bien sûr, en tant que ministre des Finances, vous vous souciez avant tout des coûts.

M. Baker : Les résidents de la région métropolitaine d'Halifax, la partie urbaine de la municipalité régionale de Halifax, jouissent d'un réseau de transport acceptable. Même s'il est parfait, il n'en dessert pas moins la région. Le problème, bien sûr, c'est qu'en dehors de cette région, il n'y a pas de transport en commun, exception faite des endroits couverts par le réseau Kings, qui va du comté de Hants jusqu'à Weymouth, le seul corridor de transport digne de ce nom dans notre province.

Si nous accordons un certain montant aux aînés pour le transport en commun, je crois qu'il faudra l'adapter aux réalités des habitants des régions rurales. Bien franchement, le seul moyen qu'ont les habitants des campagnes de la Nouvelle-Écosse de se déplacer consiste à appeler le taxi ou à payer un voisin. Il existe de rares exceptions, comme la municipalité régionale de Cap-Breton,

service as well, of course, but with those exceptions, there is not much. This is why our government has implemented in the budget a mirroring of the federal transit credit, which has been implemented in this year's budget. People who live in an area such as metro Halifax, the Annapolis Valley or Cape Breton where there is access to public transit, will be able to take advantage of a provincial transit credit mirrored, basically, on the federal one to increase the amount of accessibility. We also felt we needed to assist municipalities that want to look into at least limited shuttle services because a number of municipalities are looking at shuttle services. I know of one, in particular, in Lunenburg County that is looking at a shuttle service to shuttle people to work potentially from one part of that municipality, and also to doctor's appointments and the like because transit is a big concern for people of all income levels and all ages. We are trying to address that concern by assisting municipalities in a modest way to create these programs. However, the need is much larger than the funding, candidly, and as a member who represents a rural riding, I talk to a lot of older people who either cannot drive, no longer drive or, in a more classical situation, where women, in particular, did not learn to drive — there are still a surprisingly large number of those people, particularly in rural settings. They are then at the point that perhaps, when their spouse passes away, they do not have any means of conveyance anymore. Buying groceries, going to the doctor and even going to family get-togethers or friends' houses becomes a real burden in these situations. We would support anything that increases the mobility of our seniors.

Senator Mercer: Mr. Minister, I will try to ask these last two questions quickly because I do not want to take too much more of your time so my colleagues can ask questions.

Under the heading of "Long-term Care," we made a recommendation and encouraged provinces and territories to make reciprocal agreements to eliminate waiting periods for residents from other provinces. We think this waiting period is a big disadvantage not only in Nova Scotia, but in other provinces because many seniors want to move to Nova Scotia. It is a great place to live, we know that, but many of them are also moving to Nova Scotia to be closer to adult children who are their support network. What is your opinion on that recommendation?

My second question, which I will give you as well, relates to recommendation number 60 in our report, which talks about the introduction of a national home care program. I had a personal health issue last year where I became ill in Ontario. I needed to access the Ontario health care system and, because of the reciprocal agreement with Medicare in Nova Scotia, I was fine. Everything was taken care of there, but when I left the hospital and needed home care, of course, there is no reciprocal agreement between Nova Scotia and Ontario, and I have a good drug plan through my employer. I kept saying every time a bill came in, what do people do who do not have this benefit? It seems to me

qui a également un service de transport, mais à part cela, c'est presque le néant. Voilà pourquoi notre gouvernement a prévu, dans le budget de cette année, une mesure inspirée du crédit fédéral pour le transport en commun. Les gens qui vivent dans des zones desservies par le transport en commun, comme la région métropolitaine d'Halifax, la vallée de l'Annapolis ou Cap-Breton, pourront bénéficier d'un crédit provincial pour le transport en commun qui reflète essentiellement celui offert par le gouvernement fédéral afin d'améliorer l'accessibilité. Nous croyons également qu'il faut aider les municipalités intéressées à offrir un service de navette, même limité, parce que plusieurs d'entre elles envisagent cette option. Il y en a notamment une, dans le comté de Lunenburg, qui aimerait implanter un service de navette permettant aux gens de se rendre au travail et chez le médecin. La question du transport en commun préoccupe énormément les gens de tous revenus et de tous âges. Nous essayons de régler ce problème en aidant les municipalités, dans la mesure de nos moyens, à mettre en œuvre ces programmes. Cependant, les besoins ne se limitent pas au financement; en ma qualité de représentant d'une circonscription rurale, j'entends les doléances de beaucoup de personnes âgées qui ne peuvent pas ou plus conduire ou qui n'ont tout simplement jamais appris à le faire — il y a encore un nombre étonnamment élevé de personnes dans cette situation, surtout des femmes, particulièrement dans les régions rurales. Certaines sont maintenant veuves et n'ont plus de moyen de transport. C'est pour elles un véritable problème que de faire les courses, de se rendre chez le médecin ou simplement d'aller à des réunions familiales ou chez des amis. Nous appuierions n'importe quelle mesure qui permettrait d'augmenter la mobilité de nos aînés.

Le sénateur Mercer : Monsieur le ministre, je vais essayer de poser mes deux dernières questions rapidement, parce que je ne veux pas accaparer trop de votre temps pour que mes collègues puissent intervenir à leur tour.

Dans la section consacrée aux soins de longue durée, nous avons fait une recommandation et encouragé les provinces et les territoires à conclure des ententes réciproques afin d'éliminer les délais pour les résidents d'autres provinces. Nous croyons que cette période d'attente est un gros désavantage non seulement en Nouvelle-Écosse, mais aussi dans d'autres provinces, car de nombreux aînés veulent déménager en Nouvelle-Écosse. Nous savons tous que c'est un lieu de résidence fort agréable, mais nombreux sont les aînés qui y déménagent pour se rapprocher de leurs enfants, qui constituent leur réseau de soutien. Que pensez-vous de cette recommandation?

Ma deuxième question concerne la recommandation numéro 60 de notre rapport, qui porte sur l'implantation d'un programme national de soins à domicile. J'ai éprouvé un problème de santé l'an dernier, lorsque je suis tombé malade en Ontario. J'ai alors dû accéder au réseau de soins de santé de cette province et j'ai pu me faire soigner en vertu de l'entente réciproque conclue avec le réseau de la Nouvelle-Écosse. On s'est occupé de tout, mais lorsque j'ai quitté l'hôpital et ai eu besoin de soins à domicile, il n'y avait évidemment pas d'entente entre la Nouvelle-Écosse et l'Ontario; heureusement, mon employeur offre une excellente assurance-médicaments. Chaque fois que je recevais une facture,

that we need to look at either coming up with a national home care program or at least coming up with a reciprocal program that allows for cases where people find themselves ill in a jurisdiction other than their home.

Mr. Baker: I think there are many advantages to a national program, as opposed to only reciprocal ones. One challenge is that people move to Nova Scotia, and a lot of our population coming in are people who come to Nova Scotia to retire. Some of them are Nova Scotians that have moved away and, Senator Carstairs, it would be a wonderful thing to move back to Nova Scotia.

Nevertheless, we find that in many cases those people have spent their entire working lives paying taxes and contributing in other parts of Canada and they come back to Nova Scotia at the time in their lives when their need for public services, in particular, health care, is at its zenith. A national program — in fact, making it part of an insured service like, for example, home care — would be a great benefit. It would make the program eligible for funding, which would be a huge asset and would also ensure more consistent national standards for care. I understand the standards vary widely across this country, and that is a challenge for provinces for their own budgetary reasons, and I am well aware of the kind of reasons that exist because they exist in my budget. When we do not have those kinds of national standards with a federal contribution, a reciprocal agreement can expose the provinces that can least afford it to an influx of people with the highest need. That is a problem from a financial point of view. With a national program, we can have modest moves towards consistent standards, plus, of course, as an insured service, it is eligible for more funding from the Government of Canada. I think that approach obviously would offer us a better way of dealing with the problem.

Senator Cordy: Thank you, minister, for once again coming before a Senate committee. This is becoming a good habit. A friend of mine in Nova Scotia was once Minister of Finance and he said every time that he thought everything was under control, the Minister of Health would come knocking on his door.

Mr. Baker: Yes, I think that is one of the eternal truths of being Minister of Finance in Nova Scotia. Forty-two per cent of our budget goes to health care and it grows, as is consistent across the country, far in excess of our revenues. It is truly the issue that makes living within our financial means most difficult. The acronym we have in Nova Scotia besides health, education and community service is ROG, meaning “rest of government,” and ROG is everything that grows the economy. That kind of program that is so important tends to take a back seat sometimes when we are talking about the tremendous costs of health care, education and, of course, community services. Although with community services, some of the income support programs have been a little more sustainable; they have improved a bit, but it is a big problem.

je me demandais comment font les gens qui n'ont pas cet avantage. Il me semble que nous devrions envisager un programme national de soins à domicile ou au moins une entente réciproque permettant à ceux qui tombent malades dans une autre province que la leur de se faire soigner.

M. Baker : Je crois qu'un programme national est bien plus avantageux que des ententes réciproques. L'un des problèmes que nous avons est qu'une grande partie des gens qui déménagent en Nouvelle-Écosse viennent pour y passer leur retraite. Il s'agit dans certains cas de Néo-Écossais qui ont quitté la province et qui, sénateur Carstairs, sont plus qu'heureux de rentrer au bercail.

Cependant, dans de nombreux cas, ces gens ont passé toute leur vie active à payer taxes et impôts dans d'autres provinces et reviennent en Nouvelle-Écosse à un moment de leur vie où leurs besoins à l'égard des services publics, en particulier les soins de santé, sont les plus criants. Il serait très avantageux d'avoir un programme national qui pourrait prendre la forme de services assurés, comme des soins à domicile. Cela le rendrait admissible au financement, ce qui constituerait un avantage de taille et assurerait l'uniformisation des normes nationales en matière de soins au pays. Je crois comprendre que ces normes varient énormément d'une province à l'autre, ce qui constitue un casse-tête budgétaire. Je suis parfaitement au courant de la situation, car je suis confronté au même problème dans mon budget. Si la contribution fédérale ne s'accompagne pas de normes nationales, les provinces les plus fragiles financièrement risquent de voir affluer de nouveaux résidents ayant des besoins élevés; c'est un problème du point de vue financier. Un programme national permettrait d'adopter, dans une certaine mesure, des normes plus uniformes; de plus, comme il s'agirait d'un service assuré, il serait admissible à un financement plus substantiel du gouvernement fédéral. Je crois qu'il est évident que cette approche nous permettrait de résoudre plus facilement le problème.

Le sénateur Cordy : Je vous remercie, monsieur le ministre, de comparaître de nouveau devant le comité sénatorial. C'est en train de devenir une bonne habitude. Un de mes amis, qui a déjà été ministre des Finances de la Nouvelle-Écosse, me disait que chaque fois qu'il contrôlait parfaitement la situation, le ministre de la Santé venait frapper à sa porte.

M. Baker : Oui, je crois que c'est l'une des vérités immuables auxquelles est confronté le ministre des Finances de la Nouvelle-Écosse. Quarante-deux pour cent de notre budget est affecté aux soins de santé, un pourcentage qui croît bien plus rapidement que nos revenus, comme c'est le cas dans le reste du pays. C'est vraiment la question qui complique le plus notre situation financière. En dehors de la santé, de l'éducation et des services communautaires, nous avons, en Nouvelle-Écosse, ce que nous appelons le « reste du gouvernement », qui correspond à tout ce qui fait croître l'économie. Ce genre de programmes si important a parfois tendance à être relégué à la seconde place en raison des coûts faramineux des soins de santé, de l'éducation et, bien sûr, des services communautaires. Même si dans ce dernier cas, la stabilité relative des programmes du soutien du revenu a permis d'améliorer la situation, il n'en demeure pas moins que le problème est de taille.

Senator Cordy: I was planning to ask you about national Pharmacare and national homecare, but those things have been touched upon. I was on the Kirby committee and we talked about the fact that our health care system in Canada is definitely doctor and hospital. Things have changed so much and people are not in hospitals for long and yet, as soon as they walk out the door, we leave them alone. The idea of the Canada Health Act talking about portability does not hold true so much in the year 2008, as Senator Mercer would say, unless one has private coverage.

I will now go to the whole issue of volunteerism. We have heard from people in Ottawa and people as we have travelled across the country about the challenges of finding volunteers to work in the area of seniors because a lot of volunteers are seniors themselves. Also, we heard about the sandwich generation that look after children or grandchildren and aging parents. Those of us who are baby boomers can understand some of that issue.

Mr. Baker: I am very familiar with that.

Senator Cordy: Yes, as my husband used to say when I volunteered for something, "How much will this cost us?" There is a definite cost to being a volunteer. We heard from a number of people that we should have a tax credit; we will call it a federal tax credit for your benefit.

Mr. Baker: Thank you.

Senator Cordy: Maybe you can address it more objectively from that perspective. Then, if they have a receipt saying they worked 900 volunteer hours last year, they would receive a tax credit. We heard that suggestion, on the one hand.

On the other hand, we heard that a tax credit is great, but a tax credit is for the people who are likely able to afford to volunteer anyway because they pay taxes; they make a reasonable income. What about those who do not make enough money to pay taxes so the tax benefit will not be as beneficial? What do you think about a tax credit?

Another thing we heard was, at least reimburse volunteers for out-of-pocket expenses like gas. However, sometimes we, in government, can make things so cumbersome that it is hard to give somebody \$20 for gas because a form must be filled out in triplicate and, you know the whole story. Do you know any way that we could help volunteers be volunteers?

Mr. Baker: In Nova Scotia we have had for the second year in a row a Volunteer Firefighters Tax Credit. It is \$258 for this tax

Le sénateur Cordy : J'avais l'intention de vous poser des questions sur les programmes nationaux d'assurance-médicaments et de soins à domicile, mais ces questions ont déjà été abordées. J'ai fait partie du comité Kirby, et nous avons discuté du fait que notre réseau de soins de santé se résumait finalement aux médecins et aux hôpitaux. Le milieu a beaucoup changé, et les patients ne restent pas longtemps à l'hôpital; pourtant, dès qu'ils sortent, ils sont livrés à eux-mêmes. La transférabilité, dont il a été question dans la Loi canadienne de la santé, n'a jamais eu autant sa place qu'en 2008, comme l'a indiqué le sénateur Mercer, sauf pour ceux qui bénéficient d'une assurance privée.

J'aborderai maintenant la question du bénévolat. Nous avons entendu, à Ottawa et ailleurs, des témoins nous dire à quel point il est difficile de recruter des bénévoles pour travailler auprès des aînés, parce que bon nombre de ces bénévoles sont eux-mêmes âgés. Nous avons également entendu parler de la génération sandwich, qui doit s'occuper des enfants ou des petits-enfants et de parents âgés. C'est un problème que ceux d'entre nous qui faisons partie de la génération du baby-boom peuvent comprendre en partie.

M. Baker : Je suis tout à fait au courant de ce problème.

Le sénateur Cordy : Oui, comme mon mari avait l'habitude de dire quand je faisais du bénévolat : « Combien est-ce que cela va nous coûter? » Faire du bénévolat, c'est loin d'être gratuit. Différentes personnes nous ont dit que les bénévoles devraient bénéficier d'un crédit d'impôt; nous parlerons d'un crédit d'impôt fédéral, si vous le voulez bien.

M. Baker : Très bien.

Le sénateur Cordy : Peut-être pourriez-vous examiner la question de façon plus objective en partant de ce point de vue. En ayant un reçu confirmant qu'ils ont fait 900 heures de bénévolat au cours de la dernière année, les bénévoles pourraient recevoir un crédit d'impôt. D'un côté, nous avons entendu cette suggestion.

D'un autre côté, on nous a dit qu'il était très bien de recevoir un crédit d'impôt, mais que cette option s'adressait aux gens susceptibles de pouvoir se permettre de toute façon de faire du bénévolat parce qu'ils gagnent un salaire suffisamment élevé pour être imposable. Mais qu'en est-il de ceux qui ne gagnent pas assez d'argent pour payer des impôts? Est-ce que le crédit d'impôt leur serait aussi profitable? Que pensez-vous de la solution d'offrir un crédit d'impôt?

Une autre chose que l'on nous a suggérée, c'est d'au moins rembourser les dépenses des bénévoles, comme l'essence. Toutefois, la bureaucratie étant ce qu'elle est au gouvernement, il peut parfois être difficile de rembourser 20 \$ d'essence à quelqu'un, parce qu'il faut remplir des formulaires en trois copies; vous savez ce que c'est. Comment croyez-vous que nous pourrions encourager les gens à faire du bénévolat?

M. Baker : En Nouvelle-Écosse, c'est la deuxième année que nous offrons un crédit d'impôt aux pompiers volontaires.

year past. This year, for the returns filed next March and April, it grows to \$375, and then to \$500 the following year.

We extended the credit in this year's budget to include Ground Search and Rescue personnel and the tax credit is refundable. It is not based on income. Volunteers do not need taxable income to take advantage of the credit. We have people who volunteer in Ground Search and Rescue or fire departments, for example, who do not have any taxable income, but nevertheless they are entitled to that credit. It is a way of addressing a huge problem in rural Nova Scotia.

Nothing will pay for the time those people contribute, but it is a modest way by the government of trying to say to those people that their time and effort is valued, and to deal with some of the out-of-pocket cost problems. For example, some of these firefighters live a considerable distance from the fire department. They must drive not only to the fires themselves, or in emergency, they are first responders, but they must come to innumerable practices and meetings. They are out-of-pocket for a tremendous amount and we felt that, at some point, to have a viable first responder system in Nova Scotia, we need to do that. We have pursued that model in Nova Scotia. Obviously, we would like to do more. Fiscal realities prevent us, at the moment, from doing more than that with respect to that group of volunteers.

The Chair: Mr. Minister, how does the credit work if they do not pay tax?

Mr. Baker: The tax credit is refundable tax so they receive a cheque regardless. For example, they file their return and the government sends them a cheque. It is that simple.

Senator Cools: It is like party donations.

Mr. Baker: Yes.

Senator Cordy: One thing we came up with was, how do you determine whether somebody is a volunteer? If somebody volunteers two hours a year and somebody else volunteers 300 hours a year, what do you do? Is there a certificate?

Mr. Baker: We set minimum standards by regulation that sets out the number for firefighters. This approach works for firefighters. Obviously, it would be adjusted for general volunteers, but we set out requirements that are rigorous, but not so rigorous that they are unreachable. Those criteria were worked out, in this case, in conjunction with the volunteer fire chiefs, and they are verified by the fire chiefs. Once the regulations are established by government, then the true person who is in charge of that volunteer organization certifies that volunteers have met the standard. Once we receive certification from the fire

Ce crédit s'élève à 258 \$ pour la dernière année fiscale. Quant aux déclarations de revenus présentées en mars et avril prochains pour l'année en cours, le montant sera de 375 \$, et il s'élèvera à 500 \$ pour l'année suivante.

Dans notre budget de cette année, nous avons inclus un crédit d'impôt pour le personnel de recherche et de sauvetage au sol, un crédit remboursable. Le calcul n'est pas fait en fonction du salaire. Les bénévoles n'ont pas à gagner un revenu imposable pour profiter du crédit. Par exemple, nous avons accordé ce crédit à des personnes qui ne reçoivent pas de salaire imposable et qui sont bénévoles pour les équipes de recherche et de sauvetage au sol et les services d'incendie. C'est un moyen de remédier à un important problème dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse.

Cela ne compensera jamais pour tout le temps que ces gens donnent, mais c'est une façon modeste qu'a trouvée le gouvernement pour leur montrer son appréciation et leur rembourser différents frais accessoires. Par exemple, certains de ces pompiers habitent très loin de leur service d'incendie. Non seulement ils doivent se rendre eux-mêmes sur les lieux de l'incendie ou de la situation d'urgence, en tant que premiers intervenants, mais ils doivent aussi participer à d'innombrables exercices et réunions. Ils engagent ainsi des dépenses considérables, et nous estimions qu'il était nécessaire de prendre des mesures de ce genre pour que le système de premiers intervenants en Nouvelle-Écosse soit viable. Nous avons donc appliqué ce modèle à la province. Évidemment, nous aimerions en faire plus. Les réalités financières nous empêchent, pour le moment, d'en donner davantage à ce groupe de bénévoles.

La présidente : Monsieur le ministre, comment applique-t-on le crédit si les bénévoles ne paient pas d'impôt?

M. Baker : Il s'agit d'un crédit d'impôt remboursable, alors ils reçoivent un chèque peu importe leur revenu. C'est-à-dire qu'ils présentent une demande, et le gouvernement leur envoie un chèque. C'est aussi simple que ça.

Le sénateur Cools : C'est aussi de cette façon que l'on fonctionne pour les dons versés à des partis politiques.

M. Baker : Oui.

Le sénateur Cordy : Pouvez-vous nous dire sur quelles bases vous vous appuyez pour déterminer que quelqu'un peut être considéré comme un bénévole? Si une personne fait deux heures de bénévolat par année et qu'une autre en fait 300, que faites-vous? Existe-t-il un certificat quelconque?

M. Baker : Des règlements établissent des normes minimales relativement au nombre d'heures de bénévolat que doivent faire les pompiers. Cette approche fonctionne pour ce groupe de bénévoles. Évidemment, il faudrait ajuster les critères pour les autres bénévoles; nous établissons des exigences qui sont rigoureuses, mais pas impossibles à satisfaire. Dans ce cas-ci, des critères ont été fixés en collaboration avec les chefs volontaires des corps de pompiers, qui font les vérifications nécessaires. Une fois les règlements établis par le gouvernement, la personne responsable certifie que les bénévoles respectent les normes.

chief that volunteers have met the standard or, in this case, volunteers for Ground Search and Rescue have met the test, we send them a cheque. So I guess that is our suggestion.

Senator Cordy: That sounds reasonable.

Senator Cools: Senator Mercer will remember this well. I think it was 1974 when the Elections Expenses Act was passed around party donations. Mr. Trudeau was the Prime Minister at the time and I knew some of the individuals that were involved at the time of bringing about that act. It might be useful for us to make some inquiries, but I know at the time they were keen not to go into the kitty that the charities want. They did not want to have tax deductions, which are related to the amount of taxable income, so they chose the tax credit system. I do not know who would remember, or who would know now how that was done, how it was approached and the principles it was based upon, but we should look into the principles.

The Chair: As I recall, you and I are about the same age, they could only use it if they paid taxes.

Senator Cools: I thought it was once they filed a return. We should find that out.

The Chair: Yes, they deduct it from their tax whereas with this credit, I understand, they are paid whether they have a taxable amount payable or not.

Senator Cools: That is so with party donations. They are not a deduction, they are a tax credit.

The Chair: Yes.

Senator Cools: What he has proposed, what his government has in Nova Scotia —

The Chair: They have gone a step further.

Senator Cools: Oh, they went further?

The Chair: If there is no tax payable, they still send them a cheque.

Mr. Baker: They can have zero income. They fill out the form. One thing I have found as the Minister of Finance is that the tax system is flexible in the sense. We always think of it as a revenue collection mechanism, but, in this situation, it also works as a low administrative cost program because cost is a factor with programs. Particularly for provinces, we are concerned about programs that create huge administrative costs. For this program, the infrastructure is already in place, of course, through the tax system so that if they file a Nova Scotia tax return and they have this form signed by a volunteer fire chief where they are a member, then the government sends them a check for \$250 this year. That amount rises to \$500 over the next couple of years.

Quand nous recevons la certification que les bénévoles du service d'incendie ou de l'équipe de recherche et de sauvetage au sol répondent aux exigences, nous envoyons un chèque à ces derniers. C'est donc cette approche que nous vous suggérons d'adopter.

Le sénateur Cordy : Cela me paraît raisonnable.

Le sénateur Cools : Le sénateur Mercer s'en rappellera sans doute, mais je crois que c'est en 1974 qu'on a adopté la Loi sur les dépenses d'élection, qui traite des dons faits aux partis politiques. M. Trudeau était premier ministre à l'époque, et j'ai connu certaines des personnes qui ont contribué à la promulgation de cette loi. Il serait peut-être utile de faire quelques recherches, mais je sais que ces gens ont été assez brillants pour ne pas accorder les avantages que réclament les organismes de charité. On ne voulait pas tomber dans les déductions fiscales, qui sont calculées en fonction du revenu imposable, alors on a opté pour un système de crédit d'impôt. Je ne sais pas à qui il faudrait demander pour savoir comment on a procédé et sur quels principes on s'est appuyé, mais c'est quelque chose que l'on devrait examiner.

La présidente : Si je me souviens bien, vous et moi avons à peu près le même âge, ils ne pouvaient l'utiliser que s'ils avaient payé des impôts.

Le sénateur Cools : Je crois qu'on y avait droit automatiquement en produisant une déclaration. Il faudrait vérifier.

La présidente : Oui, on déduit un montant des impôts que l'on paie. Ce crédit, si je comprends bien, est quant à lui accordé peu importe le revenu.

Le sénateur Cools : C'est aussi le cas pour les dons versés aux partis. Il ne s'agit pas d'une déduction, mais bien d'un crédit d'impôt.

La présidente : Oui.

Le sénateur Cools : Ce qu'il a proposé, ce que son gouvernement a instauré en Nouvelle-Écosse...

La présidente : Ils sont allés un peu plus loin.

Le sénateur Cools : Ah bon, ils sont allés plus loin?

La présidente : Si les bénévoles n'ont pas de revenu imposable, ils reçoivent quand même un chèque.

M. Baker : Ils peuvent ne pas recevoir de salaire du tout. Ils n'ont qu'à remplir le formulaire. Une chose que j'ai comprise en tant que ministre des Finances, c'est que le régime fiscal est flexible à cet égard. Nous le percevons toujours comme un mécanisme de génération de recettes, mais, dans cette situation, il sert aussi de programme à faibles coûts administratifs, parce que les coûts sont toujours un facteur à considérer. Pour celui-ci, l'infrastructure est évidemment déjà en place, car tout se fait par l'entremise du régime fiscal. Alors, pour recevoir le chèque de 250 \$ du gouvernement cette année, les bénévoles n'ont qu'à produire une déclaration de revenus de la Nouvelle-Écosse et à soumettre un formulaire signé par le chef du service d'incendie auquel ils appartiennent. Ce montant passera à 500 \$ au cours des deux prochaines années.

Senator Cools: It is a use of the tax system for redistribution of income, and there is a whole vast body of principles that we would have to look at. However, you raise a critical question in the instance of the firefighters and I would suppose maybe the Search and Rescue people because there are massive amounts of volunteers involved in those activities. The real question at the end of the day is, who has the credentials or the authority to give anybody the necessary receipt to be able to file for the tax credit? I know that was an issue of contention back in 1974 and, as you know, in the interest of political parties, not everybody can issue that receipt. It is well-controlled. We would need to look at that issue because there are a few things to consider. One is the practical application of the program, and also, the principle of redistribution of income, which is what you are doing. You are taking other dollars that have been collected from other taxpayers and you are giving them to another set of people. It is a body of principles and I think we should examine it before we put forward a recommendation.

Senator Cordy: My next issue is that in Nova Scotia, we have had high profile cases involving young people and we have had high profile cases involving seniors. One case was the alleged abduction of a senior from Nova Scotia to England. We also had a senior woman who was involved in the court system, and throughout her whole life had never been involved, but was suffering, I believe, from dementia or some form of mental illness. One challenge that became apparent was the lack of government departments working together: justice, community services, finance, health, housing, transportation; all of them. Then, of course, we have different levels of government — municipal, provincial and federal — all of whom had some little tab, but yet everybody tended to say; not my problem, you handle it. We have people, and I will deal with seniors because we are the committee dealing with aging, falling between the cracks because there is nothing for them. I asked this question this morning of the three doctors who were panellists — whether these high profile incidents had created a momentum within government to make changes to work together — and they said they did not see it. They said government was being reactive and not proactive. Can you comment on the silo effect and the need for everybody to work together so that seniors do not fall between the cracks? I assume you will say it is working, but can you give your perspective on it?

Mr. Baker: I think there is always an element or level of reactivity because sometimes things occur for all governments that point out a deficiency in the system and governments try to react to that deficiency. I can say that, for example, part of that experience and other experiences are leading toward establishing a mental health court in Nova Scotia to deal with the individuals who have mental health problems which, in many cases, go across Community Services, Health of course, and Justice. That case highlighted why it might be a good idea here in Nova Scotia to have a mental health court, and that was part of that response.

Le sénateur Cools : On utilise le régime fiscal pour faire la redistribution du revenu; il y a donc toute une gamme de principes que nous devrions examiner. Toutefois, vous apportez un point important pour ce qui est des pompiers, et je suppose à l'égard aussi du personnel de recherche et de sauvetage, parce que de nombreux bénévoles participent à ces activités. Au bout du compte, la vraie question est de savoir qui a les compétences ou le pouvoir de donner à quelqu'un le reçu nécessaire pour pouvoir présenter une demande de crédit d'impôt. Je me rappelle que cette question ne faisait pas l'unanimité en 1974, et, comme vous le savez, dans l'intérêt des partis politiques, ce n'est pas tout le monde qui peut émettre ce genre de reçu. C'est quelque chose qui doit être bien contrôlé. Il faudrait nous pencher davantage là-dessus, parce qu'il y a quelques éléments à considérer. On devrait notamment examiner l'application pratique du programme, et aussi, le principe de redistribution du revenu, l'approche que vous avez adoptée. Vous prenez les revenus qui ont été prélevés auprès des contribuables pour les donner à d'autres. Cela implique beaucoup de choses, et je crois que nous devrions étudier la situation avant de formuler une recommandation.

Le sénateur Cordy : Le prochain point que j'aimerais aborder porte sur des cas très médiatisés en Nouvelle-Écosse impliquant de jeunes gens ainsi que des personnes âgées. Il y a notamment eu un cas présumé d'enlèvement d'une femme âgée qui aurait été amenée en Angleterre. Nous avons également vu une aînée qui s'est retrouvée devant les tribunaux pour la première fois de sa vie, une femme qui souffrait de démence ou d'une autre forme de maladie mentale, si je ne m'abuse. On a vite constaté qu'il y avait un manque de collaboration entre les ministères : Justice, Services communautaires, Finances, Santé, Logement et transports; toutes les sphères étaient concernées. De plus, nous devons évidemment composer avec différents ordres de gouvernement — municipal, provincial et fédéral —, qui ont tous payé une petite partie de la facture, mais qui n'ont pas hésité à se lancer la balle. Il y a des gens, et comme nous sommes le comité traitant du vieillissement, je me concentrerai sur les aînés, qui sont souvent oubliés, car il n'y a pas de ressources pour eux. J'ai posé cette question ce matin aux trois médecins qui sont venus témoigner — à savoir si ces incidents médiatisés avaient poussé les gouvernements à travailler davantage en collaboration —, et ils m'ont affirmé qu'ils n'avaient vu aucun changement. Ils ont déclaré que le gouvernement était plus réactif que proactif. Pouvez-vous me dire ce que vous pensez de l'effet de silo et de la nécessité pour tout le monde de collaborer afin que les personnes âgées ne soient pas laissées pour compte? J'imagine que vous me direz que cela fonctionne, mais pouvez-vous me donner votre point de vue?

M. Baker : Je crois qu'il y a toujours un certain niveau de réactivité au sein des gouvernements, parce que différents événements peuvent mettre au jour des lacunes dans le système, et il faut réagir pour les corriger. Par exemple, je peux vous dire que cette expérience, ainsi que d'autres, nous guident actuellement vers l'établissement d'un tribunal de la santé mentale en Nouvelle-Écosse, tribunal qui aurait le mandat de traiter avec les personnes qui ont des problèmes de santé mentale; des cas qui demandent bien souvent le concours du ministère des Services communautaires, du ministère de la Santé et, bien sûr, du

I can also say that part of the response is a bill that is in front of the House at the moment that deals with consents and medical consents in situations where people cannot consent themselves. We are trying to respond on a number of fronts to those kinds of issues, and you can call it reactive or call it responding to a perceived need, but I think a real effort is being made to do that. Particularly with the Department of Seniors, which is newly created here in Nova Scotia, there is an effort to try to coordinate our service response for seniors more. We are in the early stages. I do not want to suggest other than that.

We have had the Nunn commission in Nova Scotia, with an unprecedented amount of funding. I have heard members on the bench comment that while a terrible tragedy led to Theresa McEvoy's death, there is good coming of it because it has changed the system in how to respond to young people. Sometimes good things come of terrible things.

Senator Cordy: The Nunn report is excellent. I think we would all agree provincially and federally that it was an excellent report, and a mental health court would be excellent. I have heard from people in Toronto who work within the mental health court in Toronto, and it saves a lot of heartache and headache for a lot of people.

The Department of Seniors does not have ministers, necessarily, but —

Mr. Baker: They have a minister, but the minister is not solely responsible for that department.

Senator Cordy: I understand, yes, but does this department arrange meetings between various departments to ensure that cooperation is taking place, not necessarily at the ministerial level, but within the bureau?

Mr. Baker: My understanding is yes. A deputy minister, for example, is responsible for seniors and part of the responsibility of the deputy minister is to make sure that the concerns and needs of seniors are addressed by government and across the bureaucracy, not only at the ministerial level.

I do not want to suggest it is a panacea because we are in our early stages in Nova Scotia, but we can see, obviously, the demographic realities of Nova Scotia and we are trying to address them.

The Chair: When I was first elected to the Manitoba Legislature in 1986, we spent 34 per cent of our budget on health and 19 per cent of our budget on education. When I last looked at the budget line in Manitoba, they were spending 41 per cent on health and 17 per cent on education. What are the realities of Nova Scotia with a 42-per-cent expenditure on health, in terms of the other departments?

ministère de la Justice. Cette affaire a mis en lumière la nécessité d'établir un tribunal de la santé mentale en Nouvelle-Écosse, et c'est une des mesures envisagées par le gouvernement pour remédier à la situation.

Aussi, un projet de loi, qui porte sur le consentement et le consentement médical dans le cas de personnes inaptes, est présentement à l'étude devant notre assemblée législative. Nous tentons d'examiner ces questions sous différents angles pour apporter des solutions. On peut considérer que le gouvernement est réactif ou qu'il tâche de répondre à un besoin perçu, mais je crois que des efforts concrets sont déployés pour corriger le tir. Au ministère des Aînés, qui a été créé récemment en Nouvelle-Écosse, on s'efforce de coordonner les services offerts aux personnes âgées. Nous en sommes encore aux premières étapes. Je ne peux prétendre le contraire.

Nous avons eu la Commission Nunn en Nouvelle-Écosse, une commission qui a bénéficié d'un montant record de financement. J'ai entendu des membres dire que du bon était ressorti de la terrible tragédie ayant mené au décès de Theresa McEvoy, car cela avait permis de changer la façon dont le système traite les jeunes contrevenants. Parfois, de terribles événements entraînent de bonnes choses.

Le sénateur Cordy : Le rapport Nunn est excellent. Je crois que tous au provincial et au fédéral s'entendent pour dire qu'il s'agissait d'un très bon rapport, et que c'est une brillante idée d'établir un tribunal de la santé mentale. J'ai parlé à des gens qui travaillent au tribunal de la santé mentale de Toronto, et ils m'ont affirmé que cela simplifie les choses pour bien des gens.

Le ministère des Aînés n'a pas nécessairement de ministre, mais...

M. Baker : Le ministère a bel et bien une ministre, mais cette dernière n'est pas responsable que de ce ministère.

Le sénateur Cordy : Je comprends, mais est-ce que ce ministère organise des rencontres entre les différents ministères pour s'assurer que tout le monde collabore, pas seulement au niveau ministériel, mais dans tout l'appareil gouvernemental?

M. Baker : À ce que je sache, oui. Par exemple, il y a un sous-ministre responsable des aînés et une partie de son mandat est de s'assurer que l'on s'occupe des inquiétudes et des besoins des aînés, et ce, au gouvernement et dans l'ensemble de la fonction publique, pas seulement au niveau ministériel.

Je ne veux pas dire qu'il s'agit là d'une solution miracle, parce que tout ça est encore nouveau en Nouvelle-Écosse. Nous sommes toutefois conscients des réalités démographiques de la province et nous tentons de trouver des solutions.

La présidente : Lorsque j'ai été élue la première fois à la l'Assemblée législative du Manitoba, en 1986, 34 p. 100 de notre budget était consacré à la santé et 19 p. 100 à l'éducation. Lorsque j'ai examiné le dernier budget du Manitoba, on consacrait 41 p. 100 des dépenses à la santé et 17 p. 100 à l'éducation. Qu'est-ce que cela implique pour les autres ministères que 42 p. 100 du budget de la Nouvelle-Écosse soit affecté à la santé?

Mr. Baker: It limits our abilities to fund initiatives in the rest of government plus even education and community services that we might be able to fund otherwise because not only do we have the growth in the budget, but I think all provinces are working hard to try to control that growth with greater or lesser degrees of success.

The difficulty is that there is so much unmet need in health care. We have spent only a little while this afternoon talking about things such as home care, long-term care, continuing care and all those unmet needs. I will be honest, chair; it creates a huge difficulty in offering the rest of the programming that is so important to so many other members of our society. The growth in health care is truly jamming us. As the Minister of Finance, one thing I would like to do is to have a more competitive tax environment in Nova Scotia. We are phasing in almost every program we offer in Nova Scotia, and the reason we are phasing in is not because we have not identified the need for the program at the time it is created, but because we must phase in, to sustain that program because of the growth of health care. It creates huge problems at budget time.

The Chair: My other question relates to an ethical question, and it only recently came to my attention. As you may know, I have done a lot of work in the field of palliative care. I was also on the Senate's special study on euthanasia and assisted suicide. I have long been a strong believer in advanced directive legislation and in getting one's house in order, if you will. Nursing homes are now, in some cases, demanding the signature of a "Do Not Resuscitate" order upon the admission of a long-term resident, and I bring that matter to your attention. I do not expect a response from you, but I hope you take it to your health colleague because I think this issue is a critical ethical one. Yes, somebody should sign a do-not-resuscitate order if that is what the individual wants, if the individual is not capable of making that decision and if that is what their families want, but it should not, in any way, be related to their admission to that particular facility.

Mr. Baker: I was not aware of that practice and I will pass that information onto the minister.

The Chair: It may not be in Nova Scotia.

Mr. Baker: No, it may not be, but sometimes it may be.

Senator Cools: I wish you would say what province that is taking place in.

The Chair: It is taking place in some nursing homes in Ontario that I am aware of.

M. Baker : Cela limite notre capacité de financer des initiatives au sein des autres ministères. Et c'est sans compter l'éducation et les services communautaires, que nous pouvons financer par d'autres moyens. On doit investir de plus en plus d'argent dans la santé, malgré les efforts acharnés déployés par les provinces pour essayer de maîtriser la situation, des efforts qui ne portent pas toujours fruit.

Ce qui complique les choses, c'est qu'il y a énormément de besoins auxquels nous ne pouvons répondre en ce qui a trait aux soins de santé. Nous avons très peu parlé cet après-midi de services comme les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins continus, et tous les autres services qu'on n'arrive pas à fournir. Je serai honnête, monsieur le président, cela complique grandement la prestation des autres programmes qui sont si importants pour une vaste portion de notre société. L'augmentation des besoins en matière de soins de santé nous limite énormément. En tant que ministre des Finances, une des choses que j'aimerais instaurer, c'est un cadre fiscal plus concurrentiel en Nouvelle-Écosse. Nous devons échelonner la quasi-totalité de nos programmes provinciaux; si nous procédons de cette façon, ce n'est pas que nous ne reconnaissons pas la pertinence de nos programmes, mais bien parce que nous devons être en mesure de les financer parallèlement à la croissance des besoins en matière de soins de santé. Cela crée d'énormes problèmes quand vient le temps d'établir le budget.

La présidente : Mon autre question concerne l'aspect éthique et une situation qui n'a été portée que récemment à mon attention. Comme vous le savez peut-être, j'ai beaucoup travaillé dans le secteur des soins palliatifs. J'ai aussi participé à l'étude spéciale du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté. Je crois depuis longtemps à l'importance d'une législation en matière de directive préalable ainsi qu'à la nécessité de prendre toutes les dispositions voulues. Les foyers d'accueil exigent désormais, dans certains cas, la signature d'une ordonnance de non-réanimation lorsqu'un résident à long terme est admis. Je voulais que vous preniez conscience de la situation. Je ne m'attends pas à une réponse de votre part, mais j'ose espérer que vous en glisserez un mot à votre collègue de la santé parce que j'estime qu'il s'agit d'une question éthique cruciale. Une personne devrait effectivement signer une ordonnance de ne pas réanimer si c'est bien ce qu'elle souhaite, ou encore la famille devrait le faire si le malade n'est pas en mesure de prendre une telle décision, mais cela ne devrait être lié, en aucun cas, à son admission dans un établissement ou un autre.

M. Baker : Je ne connaissais pas cette pratique et je transmettrai l'information au ministre de la Santé.

La présidente : Ce n'est peut-être pas l'usage en Nouvelle-Écosse.

M. Baker : Non, pas nécessairement, mais peut-être aussi que oui.

Le sénateur Cools : J'aimerais bien que vous nous disiez dans quelle province cette pratique a cours.

La présidente : À ma connaissance, c'est le cas dans certains établissements de soins en Ontario.

Senator Cools: Ontario, okay.

Mr. Minister, I have two questions. One is smaller than the other. One is large. Maybe I will give you the smaller one first, or the lesser one.

This morning we heard reference to The Newfoundland Ladies. That was what they said, The Newfoundland Ladies. Do you have any knowledge of them?

Mr. Baker: I do not even know what the phrase would mean.

Senator Cools: I am trying to find out. They tell me it is a local thing.

Mr. Baker: I have no idea whether it is positive or negative.

The Chair: It is positive.

Mr. Baker: Oh, good.

The Chair: But, we will find out more about it.

Senator Cools: I gather some women from Newfoundland are coming to Nova Scotia to provide services in people's homes for the ill or the elderly; that sort of thing. Anyway, it was not all that clear, but somebody made a reference to The Newfoundland Ladies. You cannot tell me what it is, so you, of course, have no attitude. That is okay, thank you.

My next question relates to your statement. I believe you said that the birth rates are now lower than the death rates.

Mr. Baker: Yes.

Senator Cools: What does that mean for Nova Scotia and for Nova Scotians? If we look down the road a few years, will the government look at this?

Mr. Baker: Oh, absolutely.

Senator Cools: Can you share some of that with us, please.

Mr. Baker: It is obviously a statistic that is of great concern to us. It points out a number of things to us as a government. One, of course, is the importance of immigration. We need to attract more immigrants to Nova Scotia, and that is a demographic reality.

We also have a number of initiatives designed to attract Nova Scotians who have moved away to return to Nova Scotia to live, both people who are working age and people who are retired.

Some of the short-term and not so short-term concerns are that our population decline lowers our transfers, and it lowers the number of taxpayers to support the social programs that we all depend on. Smaller populations, particularly populations concentrated in rural parts of our province, are a huge problem. We have municipalities in this province where the population today in those municipalities is half of what it was in the 1920s,

Le sénateur Cools : En Ontario, d'accord.

Monsieur le ministre, j'ai deux questions pour vous. Il y en a une qui est un peu plus étoffée; peut-être devrais-je débiter avec l'autre.

Ce matin, quelqu'un nous a parlé des Newfoundland Ladies. C'est comme ça qu'on les a appelées. Est-ce que cela vous dit quelque chose?

M. Baker : Je ne sais même pas qui cette expression désigne exactement.

Le sénateur Cools : C'est ce que je m'efforce de découvrir. On m'a dit que c'était quelque chose de local.

M. Baker : Je n'ai aucune idée si c'est positif ou négatif.

La présidente : C'est positif.

M. Baker : Oh, bien.

La présidente : Mais nous allons en savoir plus long à ce sujet.

Le sénateur Cools : J'ai cru comprendre qu'il s'agissait de Terre-Neuviennes qui venaient en Nouvelle-Écosse pour offrir des services à domicile à des personnes malades ou âgées, ou quelque chose du genre. Quoi qu'il en soit, ce n'était pas très clair, mais quelqu'un a effectivement parlé des femmes de Terre-Neuve. Comme vous ne pouvez pas me dire de quoi il s'agit, je ne pousserai pas plus loin mon interrogatoire. Je vous remercie.

Ma question suivante concerne votre déclaration. Je crois que vous avez indiqué que les taux de natalité sont maintenant inférieurs aux taux de mortalité.

M. Baker : Oui.

Le sénateur Cools : Qu'est-ce que cela signifie pour la Nouvelle-Écosse et ses citoyens? Faut-il prévoir que le gouvernement se penchera sur la question au cours des années à venir?

M. Baker : À n'en pas douter.

Le sénateur Cools : Pourriez-vous nous parler un peu de la situation?

M. Baker : Il va de soi que c'est une statistique qui nous préoccupe beaucoup. C'est un signal d'alarme pour notre gouvernement à bien des égards. Il y a d'abord bien sûr l'importance de l'immigration. Nous devons attirer un plus grand nombre d'immigrants en Nouvelle-Écosse; c'est une réalité démographique.

Nous avons aussi mis en œuvre différentes initiatives visant à inciter d'anciens Néo-Écossais à revenir vivre dans notre province, tant pour les personnes en âge de travailler que pour les retraités.

Parmi les préoccupations à court et à moyen terme associées au déclin de notre population, il y a la réduction de nos paiements de transfert ainsi que du nombre de contribuables qui financent les programmes sociaux dont nous avons tous besoin. La décroissance des populations, surtout dans les régions rurales de notre province, nous pose un problème énorme. Il y a ici des municipalités dont la population a diminué de moitié par rapport

and that is long before the baby boom. I use that statistic only because we all know there were large populations and many young people not only in Nova Scotia, but across this country in the 1940s, 1950s and 1960s. This change has had a huge impact because that municipality, in the period from 1920 to the present, 80 years, has halved. That is not to mention the effect that decline will have on those municipalities in the not-too-distant future.

For example, we have many fewer hospitals in this province that offer any kind of obstetric care. The reason fewer hospitals offer obstetric care is because not enough babies are being born to justify maintaining obstetric care. The physicians who provide that kind of care are the first to say they need a minimum number of deliveries to keep on their toes, as they say; to maintain the quality of care that their patients quite correctly demand. Once deliveries dip below those numbers, then it is in everyone's interest to concentrate the obstetric cases in a larger centre. It may not be more convenient for the mom and the family, but it is to make sure that the quality of care is maintained so that the mom and the infant are properly taken care of. As that number accelerates and there were are fewer and fewer children born in Nova Scotia, there will be fewer and fewer obstetric facilities with farther distances between them because the physicians who provide that kind of care still need to deliver a certain minimum number of children to keep their skills. That is only a small example, but a real one of where the birth rate affects the kind of care that is available throughout rural Nova Scotia.

I was born in the hospital in my hometown, Lunenburg. That hospital is still there, but no longer has an obstetrics service. Unless there is an accident, there will be no one with their birth certificate that reads "Lunenburg" on it as their birthplace. Both my children were born in Halifax.

Equally, Queens County — again it is on the South Shore, which is why I am familiar with it; there are other places in Nova Scotia — no longer offers an obstetrics service because, to provide the quality of care to everyone involved, it was in everyone's interest to have the obstetrics service in Bridgewater.

Senator Cools: Maybe I am uninformed, but this is dismal. What you are saying is dismal. It does not take long for a group, whether it is a race of people or a community, to die out. It is something that can happen quickly, in two generations or so, and maybe it is like this and it is because you have put it in such a stark way. It had an impact on me, but I assume that this issue must become a major public policy question with the best minds beginning to figure out how we can support couples and people having families and having children. Maybe I am a little startled, but that does not mean anything. All that means is that I was in the dark, I did not know, but are there other possibilities? There must be. There must be motivations for people to have children and to raise them. There must be somebody to work on some of

à ce qu'elle était dans les années 1920, soit longtemps avant le baby-boom. Si je vous cite cette statistique, c'est seulement parce que nous savons tous que les populations étaient en pleine croissance et qu'il y avait beaucoup de jeunes, non seulement en Nouvelle-Écosse, mais dans tout le pays, dans les années 1940, 1950 et 1960. Le changement constaté a donc eu un impact énorme, car ces municipalités ont perdu la moitié de leur population dans une période de 80 ans, soit depuis 1920. Je ne vous parle même pas des impacts qu'aura cette décroissance sur les municipalités touchées dans un avenir pas si lointain.

Par exemple, il y a beaucoup moins d'hôpitaux dans la province qui offrent ce genre de soins obstétriques. Il n'y a tout simplement pas assez de naissances pour en justifier le maintien. Les médecins qui prodiguent ces soins sont les premiers à dire qu'ils ont besoin d'un nombre minimum d'accouchements pour demeurer alertes, et je reprends ici leur expression; pour continuer à offrir les soins de qualité que leurs patientes sont tout à fait en droit d'exiger. Lorsque le nombre de naissances est inférieur au seuil critique, il est préférable pour tout le monde de regrouper les soins obstétriques dans les grands centres. Ce n'est pas nécessairement la solution la plus pratique pour la mère et la famille, mais cela permet d'assurer le maintien de la qualité des soins au bénéfice de la maman et du bébé. Avec l'accélération de cette tendance et la réduction des naissances en Nouvelle-Écosse, le nombre d'établissements offrant des soins obstétriques va encore diminuer et les distances entre chacun vont s'accroître, car les obstétriciens doivent procéder à un certain nombre d'accouchements pour maintenir leur niveau de compétence. Ce n'est qu'un exemple très concret de l'influence du taux de natalité sur la gamme de soins disponibles dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse.

Je suis né à l'hôpital de ma ville natale de Lunenburg. Cet hôpital existe toujours, mais n'a plus d'unité d'obstétrique. À moins d'un accident, plus personne n'aura « Lunenburg » inscrit comme lieu de naissance sur son certificat de naissance. Mes deux enfants sont nés à Halifax.

De la même façon, le comté de Queens — c'est également sur la côte Sud de la province, la région que je connais le mieux; mais il y a d'autres endroits dans la même situation en Nouvelle-Écosse — n'offre plus de soins obstétriques, car il a fallu centraliser ces services à Bridgewater pour continuer à offrir les soins de qualité auxquels chacun a droit.

Le sénateur Cools : Peut-être qu'il y a des choses qui m'échappent, mais je trouve que c'est épouvantable. Vous nous brossez un tableau très sombre de la situation. Il faut peu de temps pour qu'un groupe, qu'il s'agisse d'une ethnie ou d'une communauté, en vienne à disparaître. Cela peut se produire rapidement, en deux générations à peine, et peut-être est-ce le cas en l'espèce. Je ne sais pas si c'est parce que vous l'avez dit de façon aussi directe, mais c'est quelque chose qui m'a frappé. Je présume que cette question devra se hisser au rang de nos priorités en matière de politique publique et que nos meilleurs cerveaux devront se concerter pour voir comment nous pouvons aider les gens à former des familles et à avoir des enfants. Peut-être me voyez-vous un peu interloqué, mais il ne faut pas en tirer de

those issues because a lot of young people tell me again and again that if things were more conducive, they would have another child, or something like that.

The Chair: Senator Cools, I think that adds to the whole dilemma. If a province like this one spends 42 per cent of its budget on health care, it has less and less money for social services. It has less and less money for child care arrangements, which means we cannot fill those spaces which is what we probably need above and beyond to encourage young people to have children.

I will put it in another perspective by taking a look at the other end. If we provide 25 per cent of dying Canadians with palliative care services — and that is a stretch, it is probably somewhere between 15 per cent and 25 per cent, but let us be generous and say 25 per cent — then right now we have 207,500 Canadians who cannot access the service.

In 2030, we will have 400,000 deaths. That means 300,000 Canadians cannot access the service. What happens is that we deliver fewer services, not more services. Fewer services are delivered at the beginning and at the end in terms of what a provincial government like Nova Scotia can deliver unless, as I suggest, there is more engagement of the federal government.

Mr. Baker: I think that is exactly it. We have tried to create more and more portable child care in our province, but the ability to do so is limited, as you can appreciate, by virtue of the huge pressure that is placed on our budget by health care.

My wife and I, and you must remember that our youngest child is now 14 years old, were lucky. We literally lived across the street from a good daycare and my wife is a nurse, but was working in a hospital nursing setting at that time. It was a great asset for us as a family to have child care that accessible. For us, it was more accessibility than affordability. We could afford to pay for child care, although many people cannot do that easily. I point out that it is a real problem and it is a real problem, again, more pronounced in rural Nova Scotia than in urban Nova Scotia. That is not to say that it is easy to find child care in urban Nova Scotia, but in rural settings, it is even more challenging because they must have more flexible arrangements where the concentration of children is, as you can expect, much lower.

It also means that we are building schools in Nova Scotia as school populations decline. The reason we are building schools at an astounding rate in Nova Scotia is because our younger people who, obviously, are the people who have families, are relocating disproportionately to urban centres.

grandes conclusions. C'est simplement que j'étais dans l'ignorance de la situation, mais il faut se demander si d'autres possibilités existent. Il existe sûrement des solutions. Il doit y avoir des facteurs qui motivent les gens à avoir des enfants et à les élever. Il doit bien y avoir quelqu'un qui peut se pencher sur la question, car j'entends de plus en plus souvent des jeunes me dire que si les circonstances étaient davantage propices, ils n'hésiteraient pas à avoir un autre enfant.

La présidente : Sénateur Cools, je pense que cela vient s'ajouter au grand dilemme qui existe déjà. Si une province comme celle-ci consacre 42 p. 100 de son budget aux soins de santé, c'est autant d'argent qu'elle ne peut pas utiliser pour les services sociaux. Il y a aussi de moins en moins de fonds pour les services de garde d'enfant, ce qui rend impossible d'offrir ces places en garderie dont nous avons probablement besoin d'abord et avant tout pour encourager les jeunes à avoir des enfants.

Je vais présenter la situation d'un point de vue différent en l'abordant sous un autre angle. Si nous sommes en mesure d'offrir des soins palliatifs à 25 p. 100 des Canadiens en phase terminale — et je suis généreuse, car la proportion se situe sans doute entre 15 et 25 p. 100 — cela signifie que 207 500 Canadiens à l'article de la mort ne bénéficient pas actuellement de tels soins.

En 2030, nous nous retrouverons avec 400 000 décès. Cela signifie que 300 000 Canadiens ne bénéficieront pas de ces soins. En fait, nous en venons à dispenser moins de services. Un gouvernement provincial comme celui de la Nouvelle-Écosse n'est pas en mesure de maintenir le niveau des services à moins que, comme je l'ai indiqué, il y ait un plus grand engagement de la part du gouvernement fédéral.

M. Baker : Absolument. Nous avons essayé de créer plus de places en garderie transférables au sein de notre province, mais comme vous le savez, notre capacité est limitée, étant donné qu'une grande part de notre budget est consacrée aux soins de santé.

Mon épouse et moi avons été très chanceux. Toutefois, il faut mentionner que notre plus jeune enfant est aujourd'hui âgé de 14 ans. Nous avons littéralement une garderie en face de chez nous, et ma femme était infirmière dans un hôpital à l'époque. C'était bien de pouvoir avoir accès à une garderie. Pour nous, c'était plutôt une question d'accessibilité que d'abordabilité. Nous pouvions assumer les frais de garde, bien que ce ne soit pas le cas de tout le monde. Sachez qu'il s'agit d'un véritable problème et que ce problème est encore plus marqué dans les régions rurales. Je ne dis pas que c'est facile de se trouver une garderie dans un centre urbain, mais en milieu rural, c'est encore plus difficile étant donné qu'on doit parvenir à des arrangements flexibles là où la proportion des enfants est, comme vous pouvez l'imaginer, de loin inférieure.

Cela signifie aussi que nous bâtissons des écoles en Nouvelle-Écosse alors que la population diminue. La raison pour laquelle nous construisons des écoles à un rythme ahurissant, c'est parce que nos jeunes, ceux qui évidemment fonderont des familles, se relocalisent de façon démesurée dans les centres urbains.

We are in a situation of declining school enrolment, but having to build schools using a huge amount of our capital budget. The second largest amount of our capital budget, after roads, is building schools. Notwithstanding rapidly declining school enrolments, what we would expect with a declining birthrate, we are still building schools because, as you can equally appreciate, the children are being born where the schools are not. That situation puts a huge budgetary pressure on our province, and it is hard to think about having more than two children, if there is no adequate child care. To replace yourself and your spouse, you need to have more than two. It is hard to think about having any children if you do not have adequate child care, let alone having more than two children.

It creates a huge problem. Also, the chair referred to palliative care and the fact that it means 300,000 Canadians do not have it. That assumes that you can even increase the budget maintaining a quarter of Canadians who need it because dollars are available in actual dollar amounts; they do not proportionately increase. A program that provides 25 per cent funding, I speak as the Minister of Finance in that regard, may not grow. Say that the number of people requiring palliative care grows at 5 per cent a year, for example. If you cannot sustain growth at 5 per cent a year, you may grow the program, but you may grow that program at much less than 5 per cent a year.

In theory, the number of people the program might be available for might decline in percentage terms even if the program increases in absolute terms. When I prepare budgets, I am required to budget in dollars and not in percentages. It is not being glib because it is a challenge. We see so many programs where they reach a certain level of demand and it becomes difficult to sustain that level of demand as that demand grows because revenues are not growing at that rate.

Senator Cordy: Some of the things we have heard as we have spoken to so many people since we have started the report relate to transportation and communication. We think in 2008, everything is great because of the inroads that we have made and that you have spoken about. You are well aware of the transportation needs in Nova Scotia and you are working toward solving the problems. We cannot have perfect solutions overnight, but at least to know that the government is in that mindset is helpful.

I will talk about communication. One thing that we have heard is that seniors are not necessarily aware of programs that they are entitled to. We have a Department of Health Promotion and Protection in Nova Scotia. Is the provincial Department of Health Promotion and Protection doing something that we should be doing at the federal level? We can talk about communications in terms of computers and that is great for one segment of the seniors' population, or we can talk about finding information at a seniors' drop-in centre and that might be good for another segment of our senior population, but a number of seniors are isolated. We have had a dialogue about seniors living in rural areas, but seniors do not need to be in a rural area to be isolated. They can live in downtown Halifax and be isolated if they do not have somebody who will drop in and talk with them.

Nous nous retrouvons donc avec moins d'inscriptions scolaires, mais la construction des écoles gruge une bonne partie de notre budget d'investissement. Après les routes, c'est dans les écoles que nous injectons le plus de fonds. Malgré une forte baisse des inscriptions scolaires et le déclin de la natalité, nous devons continuer de construire des écoles, car comme vous pouvez le constater, les enfants naissent là où les écoles manquent. Cette situation crée une énorme pression budgétaire sur notre province, et il n'est presque pas envisageable d'avoir plus de deux enfants, compte tenu de la pénurie de places en garderie. Pour remplacer vous-même ainsi que votre épouse, vous devez avoir au moins deux enfants. Il reste que ce n'est pas concevable si on ne bénéficie pas des services adéquats.

Cela pose un énorme problème. De plus, la présidente a parlé des soins palliatifs et du fait que 300 000 Canadiens n'en bénéficieront pas. On peut même supposer qu'il est possible d'augmenter le budget afin de desservir le quart des Canadiens en phase terminale étant donné que l'argent est disponible à l'heure actuelle; toutefois, il n'augmente pas proportionnellement. Un programme qui offre un financement de 25 p. 100, et je parle ici en tant que ministre des Finances, ne peut pas en faire davantage. Supposons que le nombre de gens nécessitant des soins palliatifs augmente de 5 p. 100 par année et qu'on ne peut absorber une telle croissance, il est toujours possible d'accroître le financement, même si ce n'est pas de l'ordre de 5 p. 100 par année.

En principe, le nombre de gens qui profiteront de ce programme pourrait diminuer en termes de pourcentage même si le programme est amplifié en chiffres absolus. Quand j'établis des budgets, je dois le faire en dollars et non pas en pourcentage. Ce n'est pas une tâche facile. Nous constatons que la demande pour de nombreux programmes est de plus en plus élevée et qu'il devient difficile d'y répondre étant donné que les revenus n'augmentent pas au même rythme.

Le sénateur Cordy : Depuis que nous avons commencé à rédiger le rapport, les gens nous ont beaucoup parlé des transports et des communications. Nous estimons qu'en 2008, la situation s'est améliorée, étant donné les progrès réalisés dont vous avez parlé. Vous êtes bien conscient des besoins en matière de transport en Nouvelle-Écosse et vous vous employez à régler les problèmes. Nous ne pouvons pas arriver à des solutions parfaites du jour au lendemain, mais il est bon de savoir que le gouvernement s'en préoccupe.

J'aimerais discuter des communications. On nous a dit, entre autres, que les personnes âgées n'étaient pas nécessairement au courant des programmes auxquels ils avaient droit. En Nouvelle-Écosse, nous avons un ministère de la Promotion et de la Protection de la santé. Est-ce que ce ministère fait quelque chose que nous devrions faire au niveau fédéral? Quand nous parlons de communications, il peut s'agir d'ordinateurs, et cela peut s'avérer utile pour un segment de la population des aînés, ou d'un centre de jour dont pourrait bénéficier une autre proportion d'aînés. N'empêche que plusieurs personnes âgées sont isolées. Nous avons discuté avec des personnes âgées habitant en milieu rural, mais nous avons constaté que l'isolement touche autant les aînés vivant, par exemple, dans le centre-ville d'Halifax, lorsque ceux-ci n'ont personne à qui parler.

Does the provincial Department of Health Promotion and Protection have any programs for seniors that are working specifically to catch the pocket that we might not catch? This group is a challenge because, when I look at Canadians who are not aware that they are entitled to receive CPP, it blows me away. If they do not realize they are eligible for CPP, what else are they not aware of?

Mr. Baker: The challenge is huge. I do not think we have a particular recipe in Nova Scotia. I will give you an example. We had a program that has been reinstated recently, formerly known as Keep the Heat and now is another acronym. That program used to reach 50 per cent, maybe 55 per cent of the eligible low income people that it was designed to help, many of whom were seniors. This program was designed to provide assistance to low income Nova Scotians of all ages with their home heating costs.

We reinstated the program because we saw the difficulties that last winter, in particular, posed for many people, and particularly for seniors. We learned some things and one of the things we are doing, for example, is we are sending out the application form to everybody who populated the previous program rather than to reinvent the wheel. We automatically send out the form to everyone receiving the guaranteed income supplement, for example, because we have identified a group of people who, by definition, are low income and obviously seniors as well. However, how do you find people who need the program because it is not lack of determination on the part of the government to help everyone who is low income and is struggling with heating costs? The difficulty is to make them aware of this program because many people clearly qualify for the program and are struggling, I am sure, with their heating costs. It becomes a real challenge and we try to reach them through the media, but many people do not receive newspapers. We try newspapers, TV, the typical brochure mail-outs that governments put out, but unfortunately, many people see government mail-outs and they throw them out and do not read them. Sometimes, we are not asking them to do something. Sometimes is not bad news, it is good news. Sometimes the government is here to help, and all levels of government are here to help. We have programs in Nova Scotia such as a program that we are doubling this year to help seniors with their property taxes. We will provide property tax rebate relief to this group of people that we want to assist in staying in their homes. The idea is keeping people in their own homes. The difficulty is that many people who are eligible for this program will never apply for it.

The challenge is huge because all levels of government create the programs in a sincere effort to help people and then so many people, sometimes the ones that are least advantaged — that is my experience — are the ones least able to know about a program. These programs would provide them with \$200 towards their oil tank refill or would provide them with \$800 towards their property taxes, both of which I would think would be a great deal of assistance to people who want to stay in their own home. Those programs are only two I can think of. I am sure there are others.

Est-ce que le ministère provincial de la Promotion et de la Protection de la santé offre des programmes destinés aux personnes âgées qui couvrent certains aspects que nous ne couvrons pas? Ce groupe représente tout un défi, surtout quand on sait que de nombreux Canadiens ignorent qu'ils sont admissibles au RPC; cela me renverse. S'ils ne savent pas qu'ils ont droit au RPC, quoi d'autre ignorent-ils?

M. Baker : Le défi est énorme. Je ne crois pas que nous ayons une solution miracle en Nouvelle-Écosse. Je vais vous donner un exemple. Nous avons un programme, connu sous le nom de Keep the Heat, que nous avons remis en place récemment sous un autre nom. Ce programme a rejoint 50 ou 55 p. 100 des personnes à faible revenu admissibles, dont bon nombre était des aînés. Dans le cadre de ce programme, on voulait aider les Néo-Écossais à faible revenu, toutes catégories d'âge confondues, à payer leurs frais de chauffage.

Nous avons rétabli le programme, car l'hiver dernier, nous avons remarqué que beaucoup de gens, en particulier des personnes âgées, éprouvaient des difficultés financières. Bien entendu, nous avons appris de notre expérience et, par exemple, plutôt que de réinventer la roue, nous faisons parvenir un formulaire de demande à tous ceux qui ont eu recours au programme précédent. Nous envoyons automatiquement le formulaire aux personnes qui reçoivent un supplément de revenu garanti, car nous savons, par définition, qu'elles gagnent un faible revenu et sont, évidemment, âgées. N'empêche qu'il est difficile de savoir qui sont les gens qui en ont réellement besoin, et ce n'est pas la volonté du gouvernement qui manque d'aider les personnes à faible revenu qui ont du mal à payer leurs frais de chauffage. Il faut que ces gens apprennent l'existence de ce programme, parce que nombreux sont ceux qui se qualifient et qui ont de la difficulté, j'en suis sûr, à assumer les coûts de chauffage. Nous essayons de l'annoncer dans les médias, mais encore faut-il que les gens reçoivent les journaux. Nous avons recours aux journaux, à la télévision et aux envois postaux typiques, mais malheureusement, beaucoup de gens les jettent avant même de les avoir lus. Il arrive que nous ne leur demandions rien. Nous n'annonçons pas que des mauvaises nouvelles. Les gens doivent savoir que le gouvernement est là pour les aider, et ce, à tous les ordres. En Nouvelle-Écosse, par exemple, nous avons un programme, dont nous avons doublé le financement cette année, qui vise à aider les personnes âgées à payer leurs taxes foncières. Nous offrons un remboursement de taxes à ce groupe de gens pour les encourager à garder leur maison. Le problème, c'est que beaucoup de personnes admissibles à ce programme n'en feront jamais la demande.

C'est un gros problème étant donné que tous les ordres de gouvernement mettent sur pied des programmes dans le but d'aider les gens et, souvent, ceux qui en auraient le plus besoin — d'après mon expérience — sont ceux qui n'en connaissent pas l'existence. Dans le cadre de ces programmes, on leur versera 200 \$ pour qu'ils puissent remplir leur réservoir de mazout ou 800 \$ pour qu'ils puissent payer leurs taxes foncières, ce qui n'est pas négligeable pour une personne qui souhaite demeurer dans sa maison. Ce sont les deux seuls programmes qui me viennent à l'esprit, mais il y en a certainement d'autres.

Senator Mercer: I will make a comment about Senator Cordy's question. It seems to me at this time that if any senior Nova Scotian is not applying for the program, or does not know that they qualify for the Canada Pension Plan and other federal plans, it is worth our while to reach out to them as the Province of Quebec has done. That province claims they have almost 100-per-cent take-up because they have gone out and talked to people. I talked to a relative this morning — it was \$900 to fill her oil tank today. That is a lot of money.

Please do not misinterpret this next question. I planned to ask it no matter what happened last Friday or last week with my provincial friends.

Mr. Baker: I was happy with what happened last week.

Senator Mercer: I am sure you are, but I was not planning on taking any credit for it. It is with respect to the number of seats at Dalhousie Medical School. I commend the government for agreeing to the deal to add some extra seats. I also want to relate that what we have learned as this committee has travelled across the country is how few of these seats in medical school will produce geriatric specialists and people who will deal with geriatrics. We heard from extremely well-spoken members of the medical community this morning about the same problem. They said that even when one specialist is produced, there may not be a residency opportunity for someone here in Nova Scotia and we might lose somebody that we trained. I recognize you are the Minister of Finance, not the Minister of Health.

Mr. Baker: I happily recognize that too.

Senator Mercer: I am sure you do. Is there any thought from the government as they increase the funding to Dalhousie Medical School to give some direction as to the shortage of specialists we currently have? I mentioned only geriatrics. I am not aware of all the statistics on what else we are short of.

Mr. Baker: Well, I am not Minister of Health and I cannot comment other than to say, because it was in the budget, that besides the 10 seats this year and then 10 seats next year that will be provided for Dalhousie Medical School, the budget also provided for nine residency seats in Nova Scotia.

I am not sure how and what specialties those are in, but it is all part of our effort to not only train the doctors here in Nova Scotia, but to retain the doctors here in Nova Scotia. I can only hope that those seats will be in those kind of specialties that are in highest demand in the province.

There is an effort, I can tell you, because it was in the budget to attempt to identify not only medical school seats, but residency seats as well.

The Chair: Thank you, Mr. Minister. This discussion has been fascinating, and we are delighted we were able to do some manoeuvring and come this afternoon.

Le sénateur Mercer : J'aimerais revenir sur la question du sénateur Cordy. Il me semble que s'il y a beaucoup d'ainés néo-écossais qui n'adhèrent pas au programme ou qui ne savent pas qu'ils ont droit au Régime de pensions du Canada ou à d'autres régimes fédéraux, cela vaudrait la peine de les en informer, comme l'a fait la province du Québec. Celle-ci affirme avoir rejoint presque la totalité des gens qui y avaient droit en sortant et en parlant avec eux. Ce matin, un membre de ma famille m'a dit qu'il lui en avait coûté 900 \$ pour faire remplir son réservoir à mazout. C'est beaucoup d'argent.

Je vous prierais de ne pas mal interpréter ma prochaine question. J'avais prévu de vous la poser, malgré ce qui s'est passé vendredi dernier ou la semaine dernière avec mes collègues provinciaux.

M. Baker : Je suis heureux de ce qui s'est passé.

Le sénateur Mercer : J'en suis certain, mais je ne voudrais pas m'en attribuer le mérite. J'aimerais parler du nombre de places à l'école de médecine de Dalhousie. J'exhorte le gouvernement à ajouter des places supplémentaires. Lors de ses déplacements partout au pays, notre comité a appris que très peu d'étudiants en médecine deviendraient des spécialistes en gériatrie. Des membres très éloquents de la communauté médicale ont soulevé le même problème ce matin. On nous a dit que même si un spécialiste est formé, il se peut qu'il n'y ait pas de possibilité de résidence en Nouvelle-Écosse. Nous pouvons donc nous retrouver à perdre quelqu'un que nous avons formé. Je suis conscient que vous êtes le ministre des Finances et non pas le ministre de la Santé.

M. Baker : Et j'en suis heureux.

Le sénateur Mercer : Je n'en doute pas. Le gouvernement a-t-il déjà envisagé d'augmenter le financement qu'il accorde à la l'école de médecine de Dalhousie afin de remédier à la pénurie de spécialistes? Je n'ai parlé que de la gériatrie. Je ne suis pas au courant de tous les secteurs où il y a un manque à combler.

M. Baker : Comme je ne suis pas ministre de la Santé, tout ce que je peux vous dire, c'est que mises à part les dix places cette année et les dix autres l'année prochaine qui sont prévues dans le budget, on compte créer neuf postes de résidence en Nouvelle-Écosse.

Je ne saurais vous dire quelles sont les spécialités visées, mais cela fait partie de nos efforts visant non seulement à former les médecins en Nouvelle-Écosse, mais aussi à les garder ici. J'espère simplement que ces places permettront de combler les besoins les plus criants dans la province.

Quoi qu'il en soit, nous avons prévu dans le budget de créer des places non seulement à l'école de médecine, mais aussi en résidence.

La présidente : Merci, monsieur le ministre. Cette discussion a été fascinante, et nous sommes très heureux d'avoir pu vous rencontrer cet après-midi.

Mr. Baker: I appreciate all the effort that was made to adjust to my schedule as well. Thank you.

The committee adjourned.

M. Baker : Je vous suis également reconnaissant des efforts que vous avez déployés pour vous ajuster à mon horaire. Merci.

La séance est levée.

Monday, May 12, 2008 (afternoon session)

Department of Finance, Government of Nova Scotia:

Elizabeth Cody, Assistant Deputy Minister.

Individuals:

David Ward, Member, Acadia Lifelong Learning;

G. A. Trudy Ward, Member, Acadia Lifelong Learning;

Linda MacDonald, Elder Learners, Saint Mary's University.

Le lundi 12 mai 2008 (séance de l'après-midi)

Ministère des Finances, gouvernement de la Nouvelle-Écosse :

Elizabeth Cody, sous-ministre adjointe.

À titre personnel :

David Ward, membre, Acadia Lifelong Learning;

G.A. Trudy Ward, membre, Acadia Lifelong Learning;

Linda MacDonald, Elder Learners, Université Saint Mary's.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

Monday, May 12, 2008 (afternoon session)

APPEARING

The Honourable Michael G. Baker, M.L.A., Minister of Finance,
Government of Nova Scotia.

WITNESSES

Monday, May 12, 2008 (morning session)

Nova Scotia Centre on Aging:

Pamela Fancey, Associate Director/Research Associate, Mount
Saint Vincent University.

Spencer House Seniors' Centre:

Deborah Dostal, Executive Director.

Community Links:

Sandra Murphy, Executive Director.

As individuals:

Dr. David Martell, Lunenburg Medical Centre;

Dr. Chris MacKnight, Associate Professor, Department of
Medicine, Dalhousie University;

Dr. Ken Rockwood, Professor of Geriatric Medicine, Dalhousie
University.

(Continued on previous page)

Le lundi 12 mai 2008 (séance de l'après-midi)

COMPARAÎT

L'honorable Michael G. Baker, député, ministre des Finances,
Gouvernement de la Nouvelle-Écosse.

TÉMOINS

Le lundi 12 mai 2008 (séance du matin)

Centre sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse :

Pamela Fancey, directrice adjointe/attachée de recherche,
Université Mount Saint Vincent.

Spencer House Seniors' Centre :

Deborah Dostal, directrice générale.

Community Links :

Sandra Murphy, directrice générale.

À titre personnel :

Dr David Martell, Centre médical de Lunenburg;

Dr Chris MacKnight, professeur agrégé, Département de médecine,
Université Dalhousie;

Dr Ken Rockwood, professeur de gériatrie, Université Dalhousie.

(Suite à la page précédente)



CA1
Y22
- 2006
A33

Government
Publications



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
senatorial spécial sur le*

Aging

Vieillessement

Chair:
The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Présidente :
L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Tuesday, May 13, 2008

Le mardi 13 mai 2008

Issue No. 9
Seventeenth and eighteenth meetings on:
Special study on aging

Fascicule n° 9
Dix-septième et dix-huitième réunions concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput

Cordy

Cools

* Hervieux-Payette, P.C.

(or Tardif)

Keon

* LeBreton, P.C.

(or Comeau)

Mercer

Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput

Cordy

Cools

* Hervieux-Payette, C.P.

(ou Tardif)

Keon

* LeBreton, C.P.

(ou Comeau)

Mercer

Stratton

*Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

MONCTON, NEW BRUNSWICK, Tuesday, May 13, 2008
(18)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m., in the Champlain room, Ramada Plaza Crystal Hotel, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cools, Cordy and Mercer (4).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

New Brunswick Senior Citizens' Federation:

Ralph Smith, President.

Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights of New Brunswick:

Hector Cormier, President;

Cecile Cassista, Executive Director.

Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick:

Jean-Luc Bélanger, Chair.

The Royal Canadian Legion, New Brunswick Command:

Dennis Driscoll, Chair, Veterans and Seniors Committee.

Health Canada:

Debra Keays-White, Regional Director, First Nations and Inuit Health Branch, Atlantic Region;

Peter McGregor, Special Advisor, First Nations and Inuit Health Branch, Home and Community Care;

Wade Were, Acting Senior Advisor, First Nations and Inuit Health Branch, Policy and Strategic Planning.

The chair made a statement.

Mr. Cormier and Mr. Bélanger each made a presentation and, with Ms. Cassista, answered questions.

At 10:36 a.m., the committee suspended.

At 10:43 a.m., the committee resumed.

Mr. Driscoll and Ms. Keays-White each made a presentation and answered questions.

PROCÈS-VERBAUX

MONCTON, NOUVEAU-BRUNSWICK, le mardi 13 mai 2008
(18)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 9 heures, dans la salle Champlain du Ramada Plaza Crystal Hotel, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs (présidente).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cools, Cordy et Mercer (4).

Également présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick :

Ralph Smith, président.

Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins longue durée du Nouveau-Brunswick:

Hector Cormier, président;

Cecile Cassista, directrice générale.

Association acadienne et francophone des aînés du Nouveau-Brunswick :

Jean-Luc Bélanger, président.

La Légion royale canadienne, direction du Nouveau-Brunswick :

Dennis Driscoll, président, Comité des anciens combattants et des aînés.

Santé Canada :

Debra Keays-White, directrice régionale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Atlantique;

Peter McGregor, conseiller spécial, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Soins à domicile et communautaires;

Wade Were, conseiller principal par intérim, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Politiques et planification stratégique.

La présidente fait une déclaration.

MM. Cormier et Bélanger font un exposé et, de concert avec Mme Cassista, répondent aux questions.

À 10 h 36, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 43, le comité reprend ses travaux.

M. Driscoll et Mme Keays-White font un exposé et répondent aux questions.

At 12:03 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

MONCTON, NEW BRUNSWICK, Tuesday, May 13, 2008
(19)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:06 p.m., in the Champlain room, Ramada Plaza Crystal Hotel, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cools, Cordy and Mercer (4).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

Prince Edward Island Seniors' Secretariat:

Faye Martin, Acting Director;

Anna Duffy, Co-Chair.

The chair made a statement.

Ms. Martin and Ms. Duffy made a joint presentation and answered questions.

At 2:30 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

À 12 h 3, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

MONCTON, NOUVEAU-BRUNSWICK, le mardi 13 mars 2008
(19)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 6, dans la salle Champlain du Ramada Plaza Crystal Hôtel, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P., (présidente).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cools, Cordy et Mercer (4).

Également présents : Julie Cool et Michael Toye, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Secrétariat aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard :

Faye Martin, directrice par intérim;

Anna Duffy, coprésidente.

La présidente fait une déclaration.

Mmes Martin et Duffy font un exposé commun et répondent aux questions.

À 14 h 30, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

MONCTON, NEW BRUNSWICK, Tuesday, May 13, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Honourable senators, members of the public, welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging. The committee is examining the implications of an aging society in Canada. The range of complex issues relating to aging have preoccupied governments for many years. They have become more prominent, however, as the number of seniors grows as the result of both a longer life expectancy and the aging of the baby boom generation. The public programs and services offered to seniors are essential to their well-being and it is our duty as governments to ensure there are no gaps in meeting their needs.

[*English*]

We are here in Moncton today to hear from interested parties on the impacts of an aging society, and more specifically to hear their views on our second interim report, which was tabled in the Senate on March 11. The interim report focuses on active aging, older workers, retirement and income security, healthy aging, supports to aging in place of choice and the regional distribution of health costs associated with aging. This is our third stop of our cross-country Canada tour, and we look forward to today's testimony, which, I am sure will help us develop a comprehensive set of recommendations for our final report.

On our first panel this morning is the New Brunswick Senior Citizens' Federation, represented by Ralph Smith, President; the Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights, represented by Cecile Cassista, Executive Director and Hector Cormier, President, who I understand will make the presentation; and the Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick, represented by Jean-Luc Bélanger, Chair.

Welcome, to all of you this morning, excuse my French. We work on it in Ottawa, but we need to live in Acadia in order to make it really happen. We will begin with Mr. Smith.

Ralph Smith, President, New Brunswick Senior Citizens' Federation: I do not have any formal presentation to make this morning. I wanted to sit in and get some feedback from the committee, so I will reserve my comments for later, if that is acceptable.

The Chair: That is just fine.

TÉMOIGNAGES

MONCTON, NOUVEAU-BRUNSWICK, le mardi 13 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne et en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

La présidente : Honorables sénateurs, mesdames et messieurs, membres du public, je vous souhaite la bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Notre comité examine les incidences du vieillissement de la société canadienne. Les enjeux complexes du vieillissement préoccupent le gouvernement depuis de nombreuses années. Ils se font cependant plus présents à mes yeux parce que le nombre de personnes concernées augmente à cause de l'espérance de vie plus longue et du vieillissement de la génération d'après-guerre. Comme les programmes et les services publics destinés sont essentiels à leur bien-être, il nous incombe en tant que parlementaires de veiller à l'entière satisfaction de leurs besoins.

[*Traduction*]

Nous sommes ici à Moncton aujourd'hui pour entendre les intéressés nous parler des incidences du vieillissement de la société et plus précisément pour entendre leurs opinions sur notre deuxième rapport provisoire qui a été déposé au Sénat le 11 mars. Ce rapport intérimaire met l'accent sur le vieillissement actif, les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu, le vieillissement en santé, le soutien aux personnes âgées qui veulent vivre à l'endroit de leur choix et la répartition régionale des coûts en soins de santé aux aînés. Ceci est la troisième étape de notre tournée pancanadienne et nous avons hâte d'entendre les témoignages d'aujourd'hui qui, j'en suis certain, nous aideront à élaborer des recommandations complètes pour notre rapport final.

Notre premier groupe de témoins ce matin comprend la Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick, représentée par son président, M. Ralph Smith; la Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins longue durée du Nouveau-Brunswick, représentée par Cecile Cassista, directrice générale, et Hector Cormier, président, qui, je crois, se chargera de l'exposé; et l'Association acadienne et francophone des aînés du Nouveau-Brunswick, représentée par son président, M. Jean-Luc Bélanger.

Je vous souhaite la bienvenue à tous ce matin et vous prie d'excuser mon français. Nous y travaillons à Ottawa, mais nous devons vivre en Acadie pour nous perfectionner. Nous allons commencer par M. Smith.

Ralph Smith, président, Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick : Je n'ai pas d'exposé à présenter au comité ce matin. Je voulais m'asseoir et entendre ce que le comité avait à dire, et je vais donc réserver mes observations pour plus tard, si cela vous convient.

Le président : C'est très bien.

Let us move on then to Mr. Cormier.

[Translation]

Hector Cormier, President, Coalition for Nursing Home Residents' Rights of New Brunswick: Madam Chair, following a careful reading of the second interim report on aging, I see that the Senate is doing very serious work. If all political institutions in the country were to do likewise, maybe we would see results more in keeping with the desires and needs of the population. However, that assumes vision rather than empty electoral promises.

[English]

It is interesting to note how you have come to fuse together so much material in so few words meaning so much under six issue-specific chapters, such as a definition of old age; active aging and ageism; older workers, retirement and income security; healthy aging; aging in place of choice; and regional distribution of health costs.

[Translation]

Although in its brief, the Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights has only commented on the needs for affordable housing and barrier-free codes to accommodate aging at home and on the need to include in the Canada Health Act a national home care program with standards comparable from province to province, funded by public funds, we are of the opinion that such public consultations with individuals, organizations and experts is the proper means to initiate a profound reflexion on the matter of aging. The consultations provide an opportunity to analyze the issues and options, to hold information sessions in order to create awareness among people on the issue, to create action plans and to make proper representations to elected members and governments.

[English]

We are not without knowing that a final report from this Senate committee will bring forth other elements to the content. We hope that it will stress the fact that each Canadian, whether young or old, is the first in charge of his or her own health rather than leaving this responsibility in the sole hands of health professionals. Is it utopian to think that professionals, especially doctors, through their organizations or training schools, will one day want to give a new meaning to the profession; one that would make it so that the individual would be perceived as a whole, a discipline that would recognize the influence of mind over body, a medical profession that would comfort and reassure rather than, or before, relying on the whole gamut of cold technology where individuals are considered as numbers only to return and be told to start all over again and to submit to other tests?

Dans ce cas, nous allons passer à M. Cormier.

[Français]

Hector Cormier, président, Coalition pour les droits des résidents des foyers de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick : Madame la présidente, suite à la lecture attentive du deuxième rapport intérimaire sur le vieillissement, j'ai constaté le sérieux du travail fait par le Sénat. Si toutes les institutions politiques du pays en faisaient autant, peut-être arriverions-nous à des résultats répondant davantage aux désirs et aux besoins de la population. Cela suppose toutefois plus de vision que de promesses électorales souvent creuses.

[Traduction]

Il est intéressant de constater comment vous êtes arrivé à fondre autant de matière en si peu de mots pour en dire autant sous les six grands thèmes que sont la définition du vieillissement; le vieillissement actif et l'âgeisme; les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu; le désir qu'ont les aînés de vieillir à l'endroit de leur choix; et la répartition régionale des coûts en soins de santé aux aînés.

[Français]

Bien que dans son mémoire, la Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins de longue durée n'ait commenté que sur les besoins de logement abordable et l'allègement des règlements les régissant, afin de permettre aux aînés de vivre plus longtemps chez eux, et sur le besoin d'inclure dans la Loi canadienne sur la santé un programme national de soutien à domicile avec des standards comparables d'une province à l'autre, tout cela financé à même les deniers publics. La coalition est d'avis que ces consultations auprès d'individus, d'organismes et d'experts est l'occasion par excellence de procéder à une profonde réflexion sur la question du vieillissement. Elles permettent l'analyse des enjeux et des options, des séances d'information pour conscientiser les citoyens, l'élaboration de plans d'action, ainsi que des représentations auprès des élus et des gouvernements en place.

[Traduction]

Nous ne sommes pas sans savoir qu'il y aura un rapport final à cette étude sénatoriale et qu'il s'y ajoutera d'autres éléments. Nous espérons y voir paraître la nécessité pour chaque Canadien, fut-il jeune ou moins jeune, de prendre en charge sa propre santé plutôt que d'en laisser l'entière responsabilité aux professionnels. Est-il utopique de penser que les professionnels de la santé, notamment les médecins, par le truchement de leur association et des écoles de formation, voudront un jour donner à leur profession un sens nouveau qui ferait en sorte qu'on perçoive l'individu comme un tout, une discipline qui reconnaisse l'influence de l'esprit sur le corps, une profession médicale qui reconforte et rassure au lieu de recourir ou avant de faire appel à tout cet étalage de technologie froide où les êtres, considérés comme des numéros, se font dire qu'il faut tout recommencer et subir d'autres tests?

[Translation]

Aging has its own set of problems: the fear of growing old and being dependent on others, the loss of faculties, abuse, abandonment, negligence and isolation. Seniors often have to deal with problems pertaining not only to their children, but also to their grandchildren and even their great grandchildren. All this brings with it varying degrees of stress, which is the cause of many problems — some doctors estimate that 80 to 85 per cent of problems are psychosomatic in nature. And yet people are medicated, not to say overmedicated and subjected to a battery of tests. When it might be preferable to see a psychologist, a psychiatrist, a psychotherapist, a reflexologist, a massage therapist. Perhaps they should be told to watch their diet, to get more involved in social and physical activities or maybe to have some temporary respite. It is true that our minds are constantly being bombarded by all kinds of advertising that sings the praises of newly discovered magic pills. Television even teaches us how to influence our doctors as to what medication they should prescribe. Maybe this aspect could also appear in the final report. Doctors could be invited to explain what the real processes of recovery are. It is also important for the serenity of seniors that caregivers, family members and friends not treat them like children.

[English]

Norman Cousins in his book called *Head First: The Biology of Hope and the Healing Power of the Human Spirit* says that a very small effort to better the rapport between the patient and his doctor can result in significant progress in the state of the sick. He further adds that certain doctors have a tendency to give priority to technology over the direct exam of the patient. In fact, the confidence in sophisticated and costly means of medical exams could very well be the major problem of modern medicine. A sick person who spends more time with analysis apparatus than with his doctor could very well be deprived of one of the main elements in an efficient treatment, that is trust and reassurance that only a well-advised human being can inspire.

This is even truer when the person is of the age where health is the main priority.

[Translation]

The work of this Senate committee and its findings must be distributed widely to inform people and become a reference to inform them and help in making demands and preparing action plans.

Jean-Luc Bélanger, President, Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick: Madame Chair, the Association canadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick would like to thank you for giving it an opportunity to present our views and concerns about the report on population aging in Canada.

[Français]

Une série de problèmes préoccupent les aînés : la crainte de vieillir et d'être à la merci des autres, la perte des facultés, les abus, l'abandon, la négligence, l'isolement, les problèmes des enfants et des petits-enfants, et même des arrière-petits-enfants. Le stress important qui en découle provoque la plupart du temps des problèmes de nature psychosomatique; certains médecins estiment que 80 à 85 p. 100 des cas sont de nature psychosomatique. Et dire qu'on les traite par la médication pour ne pas dire la surmédication et par des batteries de tests. Alors que c'est peut-être d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un psychothérapeute, d'un réflexologue, d'un masseur, d'une meilleure nutrition, de plus d'activités sociales ou physiques, peut-être même d'un éloignement temporaire de la famille dont ils ont besoin. Il est vrai qu'on nous lave quotidiennement le cerveau en faisant miroiter les vertus de la pilule magique. La télévision nous dit comment informer le médecin des médicaments qu'il doit nous prescrire. Voilà un aspect qui pourrait être ajouté au rapport final. On pourrait inviter des médecins à expliquer les vrais processus de guérison. Il importe aussi de prévenir les aidants, la famille et les amis contre l'infantilisation de l'adulte vieillissant.

[Traduction]

C'est Norman Cousins, dans son livre intitulé *La biologie de l'espoir, le rôle du moral dans la guérison*, qui dit qu'un très petit effort pour améliorer les rapports entre le patient et le médecin peut aboutir à des progrès significatifs de l'état du malade. Il ajoute plus loin que certains médecins ont tendance à donner la priorité à la technologie sur l'examen direct du patient. En fait, la confiance excessive dans des moyens d'examen complexes et coûteux pourrait bien être un des problèmes majeurs de la médecine moderne. Un malade qui passe plus de temps avec des appareils d'analyse qu'avec son médecin pourrait bien être privé d'un des principaux éléments de traitement efficace, à savoir la confiance et le réconfort que seul un être humain avisé peut inspirer.

Cela est d'autant plus vrai dans le cas d'une personne qui a atteint un certain âge et pour qui la santé est prioritaire.

[Français]

Le travail de ce comité sénatorial et ses conclusions doivent être largement diffusés pour conscientiser la population et devenir une référence de base pour informer, revendiquer et préparer des plans d'action.

Jean-Luc Bélanger, président, Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick : Madame la présidente, l'Association acadienne et francophone des aînées et des aînés du Nouveau-Brunswick vous remercie de l'occasion de vous présenter nos commentaires et nos préoccupations au sujet du rapport sur le vieillissement de la population au Canada.

Our association's main function is to bring together Acadian and francophone seniors to promote their rights and interests and to promote their full development in their own languages and culture.

Our provincial association is on the board of the Fédération des aînées et des aînés francophones du Canada (Federation of francophone seniors in Canada). This federation has been in place for five years. A number of recommendations regarding francophone minorities in this brief are the same as those made by the federation. Like the national federation, we are very impressed by the quantity and quality of government recommendations in your report having to do with matters related to aging. We found that it contained a great deal of interesting material.

We would like to start by congratulating the Special Senate Committee on Aging which has shown courage in a number of the recommendations it made in its second interim report entitled: *An aging population: issues and options*. The committee has a good grasp of the issues related to the aging Canadian population and some of its proposed solutions are most interesting. That is why we want to begin by expressing our appreciation for the work you have done.

However, we would like to point out that the report makes no direct reference to the official language minority groups in this country — both anglophone and francophone. There are anglophone minority communities in Quebec as well as the francophone minority communities elsewhere. Under section 41 of the Official Languages Act the Government of Canada is required to show commitment to enhancing the vitality of francophone minority communities in Canada and to assist in their development. We believe it is essential that the Canadian government make more of an effort to ensure that francophone seniors living in minorities be recognized as part of the strategy to deal with the issues and challenges related to aging in Canada.

I will comment now on the recommendations in the report that we see as positive, but that require some adaptations to ensure that federal government takes into account its obligations as regards the official languages. We agree with recommendations 1 to 5 regarding support for volunteerism.

As mentioned by the federation and by our association, we believe that the future of minority francophone communities depends to a large extent on the contribution made by the volunteers and by the role that seniors and retired people can play. Minority francophone communities are aging. Given that young people in a number of these communities leave to work elsewhere, the aging population in rural communities is increasing quickly. As a result, it is important that seniors and retired people show the leadership required to ensure that their language and culture are passed on and to promote the vitality of these communities.

La mission principale de notre association est de regrouper les aînées et les aînés acadiens et francophones afin de promouvoir et défendre leurs droits et intérêts et favoriser leur plein épanouissement dans leur langue et leur culture.

Notre association provinciale siège au sein du conseil d'administration de la Fédération des aînées et des aînés francophones du Canada. Cette fédération existe depuis cinq ans. Plusieurs recommandations au sujet des minorités francophones dans ce mémoire correspondent à celles de la Fédération des aînées et des aînés francophones du Canada. Comme la fédération nationale, nous sommes très impressionnés par la qualité et la quantité pertinente des recommandations de votre rapport qui touchent aux questions relatives au vieillissement. Nous y avons retrouvé beaucoup d'éléments intéressants.

Tout d'abord, nous aimerions féliciter le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, qui a fait preuve de courage en présentant certaines mesures dans le deuxième rapport provisoire intitulé *Une population vieillissante : enjeux et options*. Le comité a bien saisi les enjeux reliés au vieillissement de la population canadienne et certaines pistes qui y sont proposées sont fort intéressantes. C'est pourquoi nous voulons d'abord vous faire part de notre appréciation pour le travail accompli.

Toutefois, nous aimerions souligner et déplorer le fait que le rapport ne contienne aucune mesure qui touche directement les minorités linguistiques au pays, autant francophones qu'anglophones. On a des minorités anglophones aussi au Québec. En vertu de l'article 41 de la Loi sur les langues officielles, le gouvernement canadien est tenu de s'engager à favoriser l'épanouissement des minorités francophones du Canada et à appuyer leur développement. Nous croyons qu'il est essentiel que le gouvernement canadien fasse plus d'efforts pour que les aînés francophones en situation minoritaire soient reconnus dans le cadre de la stratégie visant à surmonter les défis et les enjeux reliés au vieillissement au Canada.

Voici les mesures que nous avons identifiées comme étant positives dans le rapport, mais où des ajustements seraient nécessaires pour faire en sorte que le gouvernement fédéral tienne compte de ses obligations en matière de langues officielles. Nous sommes en accord avec les recommandations proposées aux numéros 1 à 5 et qui concernent l'appui au bénévolat.

Tel que mentionné par la Fédération des aînées et des aînés francophones du Canada et par notre association, nous estimons que l'avenir des communautés francophones en situation minoritaire repose en très grande partie sur l'apport de l'action bénévole et du rôle que peuvent y jouer les aînés et les retraités. Les communautés francophones en situation minoritaire sont vieillissantes. Étant donné que les jeunes dans plusieurs de ces communautés vont travailler ailleurs, la population vieillissante dans les communautés rurales augmente graduellement et en vitesse. Par conséquent, il est important que les aînés et les retraités puissent exercer le leadership nécessaire pour assurer la transmission de la langue et de la culture et travailler à la vitalité des communautés.

We are in complete agreement with recommendation 9, which is to adapt the New Horizons Program for seniors for aboriginals.

However, the New Horizons Program for Seniors is not well adapted to the reality of francophone Seniors in minority communities. Data collected by the Fédération des aînées et des aînés francophones du Canada show that francophone seniors in minority communities have not always received their fair share as concerns the funding of this program. The criteria established by the program discourage groups of francophone seniors, and many of them feel that the program does not sufficiently meet their needs, for example, in terms of multi-year funding, funding for salaries and certain sectors of the program that do not favour francophones. That is why we recommend the addition of a new resolution that reads as follows: "Adapt the New Horizons Program for seniors to the needs of minority-language communities."

We support recommendation number 41, which deals with capacity-building projects. This is essential, and we feel that the solutions to the problems being experienced by seniors can be found in the communities. Therefore, capacity-building projects for training in geriatrics and gerontology is important.

We feel that this recommendation is very interesting. However, we would greatly appreciate that the training of those working in geriatrics and gerontology be adapted so that they can offer services in the language of the minority. We know that with the Health Canada program Santé en français, certain minority communities had trouble receiving health services in French, depending on the sectors or specializations.

We have seen for ourselves, on certain occasions, the lack of French-language services in the area of health care. This has sometimes resulted in flawed diagnoses and placed seniors in vulnerable situations without being able to have access to services in their language.

We feel that a recommendation should be added to the report to emphasize the importance of training health professionals to serve seniors in minority communities in Canada.

Pages 34 and 43 of the report deal with the federal government's responsibility towards certain groups, including veterans, first nations, Inuit and federal offenders. We feel that the report does well to underline this responsibility. However, under the Official Languages Act, the report does not mention francophones or anglophones in minority communities as a group that comes under federal jurisdiction. We would greatly appreciate it if the committee agreed to consider adding seniors in minority communities as one of the groups under federal jurisdiction.

Nous sommes entièrement d'accord avec la recommandation n° 9, qui vise à adapter le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, en fonction des besoins des Autochtones.

Par contre, le programme Nouveaux Horizons pour les aînés est très peu adapté à la réalité des aînés francophones en situation minoritaire. Des données recueillies par la Fédération des aînées et des aînés francophones du Canada montrent que les aînés francophones en situation minoritaire n'ont pas toujours eu leur juste part en ce qui a trait au financement de ce programme. Les critères établis par le programme découragent les groupes d'aînés francophones et plusieurs jugent que le programme ne répond pas suffisamment à leurs besoins, par exemple : du financement pluriannuel, du financement pour les salaires et à certains secteurs dans le programme qui ne favorisent pas les francophones. C'est pourquoi nous recommandons l'ajout d'une nouvelle résolution qui se lirait comme suit : « Adapter le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, en fonction des besoins des communautés en situation minoritaire. »

Nous appuyons la recommandation n° 41 qui porte sur des projets de renforcement des capacités. Cela est essentiel, et on pense que les solutions aux problèmes auxquels les aînés font face sont au niveau des communautés. Donc, cette question de renforcement des capacités visant la formation en gériatrie et en gérontologie est importante.

Nous considérons cette recommandation très intéressante. Par contre, nous apprécierions grandement la mise en valeur de la formation des intervenants du milieu gériatrique et de gérontologie, afin qu'ils puissent offrir des services dans la langue de la minorité. Nous savons qu'avec le programme de Santé Canada, La Santé en français, plusieurs éléments soulignaient la difficulté, pour certaines communautés minoritaires, à recevoir des services de santé en français selon les secteurs ou les spécialités.

Nous avons été témoins à certaines occasions de l'absence de services en français dans le milieu de la santé. Cela a parfois conduit à des erreurs de diagnostic, en plus de susciter une expérience difficile pour des aînés qui se retrouvent en situation de vulnérabilité sans pouvoir bénéficier de services dans leur langue.

Nous croyons qu'une recommandation devrait être ajoutée au rapport pour souligner l'importance de former des professionnels de la santé afin qu'ils puissent desservir les aînés en situation minoritaire au Canada.

Les pages 39 et 51 du rapport traitent de la responsabilité du gouvernement fédéral envers certains groupes. Il est question, entre autres, des anciens combattants, des Premières nations, des Inuits et des détenus sous la responsabilité fédérale. Nous croyons que le rapport a raison de souligner cette responsabilité. Par contre, en vertu de la Loi sur les langues officielles, le rapport n'a pas mentionné les francophones et anglophones en situation minoritaire comme groupe relevant de la compétence fédérale. Nous apprécierions grandement si le comité pouvait considérer l'ajout des aînés en situation minoritaire comme groupe relevant de la compétence fédérale.

Recommendation 54 underscores the importance of increasing the stock of affordable housing, and recommendation 55 mentions the specific needs of first nations and Inuit seniors. We agree with these recommendations, but we find it unfortunate that the report does not place sufficient emphasis on adapting strategies to ensure the provision of adequate services in French to seniors in minority communities.

I would like to share with you the comments of an elderly lady. She said, "It makes me very sad to see in our small francophone communities seniors who, when they get sick, must move into supervised homes hundreds of kilometres away from their home where there are often no French-language services available. Often, we lose track of them and do not receive any news of them for months. Sometimes the only news we hear is when we read their obituary in the newspaper. I find it shameful that people should treat seniors this way."

This woman experienced this situation. I think that the committee should be aware of the trauma that this can create for many of our francophone seniors living in small communities. It has been shown that where there is political will, there is a way to ensure that francophone seniors can be served in their mother tongue in seniors' homes. There must be more incentives and more awareness-raising to ensure that homes offer such services.

Lastly, we would like to express our agreements with recommendation number 60, which suggests the introduction of a national home care program. We feel that it is essential that this national program take the reality and the needs of seniors into account, including the possibility of communicating directly in their mother tongue.

Thank you for having allowed us to share our thoughts on the subject of population aging. The Association des aînées et aînés francophones du Nouveau-Brunswick is confident that the proposed changes will be accepted, for the sake of the well-being of all linguistic minorities in this country.

The Chair: Thank you very much, Mr. Bélanger.

[English]

Both you and Mr. Cormier have articulated exactly the reasons why I felt it was necessary to come to Moncton, and also to Sainte-Anne, which is a small francophone community, outside of Winnipeg. We will be going to Sherbrooke as well.

You can have some comfort in knowing that a lot of your recommendations today will find their way. It is so easy to forget the minority communities, and we need to hear the input from them to put us back on track. Therefore, I really do appreciate what you have said today. It cast me back, and Ms. Cassista will remember this, when we were dealing with the Montfort Hospital in Ottawa, and members of the senate community did not necessarily understand why Manitoban senators would be engaged in a fight for a hospital in Ottawa. We sent our residents from the St. Boniface General Hospital, in Winnipeg, to

La recommandation 54 souligne l'importance d'accroître le parc de logements abordables et la recommandation 55 mentionne les besoins spécifiques pour les aînés inuits et les Premières nations. Nous sommes d'accord avec ces recommandations, mais nous trouvons regrettable que le rapport ne souligne pas suffisamment l'importance d'adapter des stratégies pour assurer des services adéquats en français aux aînés habitant en milieu minoritaire.

J'aimerais vous transmettre les commentaires d'une dame âgée : « Cela me fait tellement de peine de voir dans nos petites communautés francophones des aînés qui, une fois qu'ils tombent malades, doivent s'expatrier et emménager dans des résidences supervisées à des centaines de kilomètres de chez eux où souvent ils n'ont aucun service en français. On perd alors leur trace et on n'entend plus parler d'eux pendant des mois. Souvent les dernières nouvelles que nous avons d'eux, c'est dans les journaux annonçant leur décès. Je trouve regrettable, dit-elle, qu'on puisse faire cela à nos aînés. »

Cette dame a vécu cette situation. Je pense que le comité doit prendre conscience du traumatisme que cela peut créer pour bon nombre de nos aînés francophones qui habitent nos petites communautés. L'expérience a démontré que lorsqu'il y a une volonté politique, il y a moyen de faire en sorte que les aînés francophones puissent être servis dans leur langue dans les centres d'hébergement. Il faut qu'il y ait des mesures incitatives et plus de sensibilisation pour que les résidences puissent offrir de tels services.

Finalement, nous aimerions indiquer notre accord concernant la recommandation n° 60, qui suggère l'adoption d'un programme national de soins à domicile. Nous pensons qu'il est essentiel que ce programme national tienne compte de la réalité et des besoins des aînés, et cela inclut nécessairement la possibilité de communiquer directement dans leur langue maternelle.

Je vous remercie de nous avoir permis de nous exprimer au sujet du vieillissement de la population. L'Association des aînées et aînés francophones du Nouveau-Brunswick a confiance que les modifications proposées seront entendues, car c'est pour le mieux-être de l'ensemble des minorités linguistiques du pays.

La présidente : Merci beaucoup, monsieur Bélanger.

[Traduction]

Vous-même et M. Cormier avez énoncé exactement les raisons pour lesquelles j'ai jugé qu'il était nécessaire de venir à Moncton, et aussi d'aller à Sainte-Anne, qui est une petite localité francophone à côté de Winnipeg. Nous irons aussi à Sherbrooke.

Je vous rassure tout de suite en vous disant que nombre des recommandations que vous avez faites aujourd'hui auront des suites. Il est tellement facile d'oublier les communautés minoritaires, et nous devons entendre leurs représentants pour nous ramener dans la bonne voie. Je vous suis donc vraiment reconnaissante pour vos interventions d'aujourd'hui. Cela me ramène en arrière et Mme Cassista s'en rappelle sans doute, à l'époque où nous luttons pour sauver l'Hôpital Monfort à Ottawa, et des membres de la communauté du Sénat ne comprenaient pas nécessairement pourquoi des sénateurs

be trained at the Montfort Hospital in Ottawa so that they could work in French. Therefore, when they returned to St. Boniface General Hospital, they would be able to work with the population in both official languages. It seemed a strange kind of mix, but it was a very important thing for us that the Montfort Hospital kept its vitality because of the training of physicians for St. Boniface General Hospital. There we are in this wonderful country of ours having to ensure that we meld services appropriately.

Mr. Cormier, you would have been quite delighted yesterday at the presentation of three doctors, two of them were gerontologists and one was a family physician. They were talking about exactly what you were speaking about today, that we have to change the delivery of the health care system, that we need to make it more accountable to the very patients that it is supposed to serve. It was good to have that reinforced this morning, as well.

Senator Mercer: Mr. Cormier, your first recommendation is that the building code standards be very free to accommodate aging in place. A nice statement, I think we all agree with that. However, can you tell me what you see as maybe the two or three major issues about the building code that are missing today that should be added in the future?

[Translation]

Mr. Cormier: Since I am the new chair of the coalition, I will ask the executive director to comment on this topic. She has held her position since 2004, and she will explain to you more clearly what we mean by it.

[English]

Cecile Cassista, Executive Director, Coalition for Seniors and Nursing Home Residents' Rights: I would be pleased to answer the question with respect to the housing. We have found in our research and study in New Brunswick, in the Maritimes, that the aging population are having to move from the rural areas or move out of their homes because they no longer can live in them with the barriers of not being able to go up the stairs or live on the first floor, and not having safety bars in their homes. The survey results show that they have either migrated to the cities or purchased a mobile home to place on their property because they do not want to leave their property; they have lived there for some 30 years and want to stay. We have found also that the building codes are continuing to allow these huge homes to be built with two or three levels and without 36 inch doors — they do not meet the needs of the seniors so that they can age in place. Seniors have told us that they want to live at home as long they can. That is

manitobains participeraient à la lutte pour sauver un hôpital à Ottawa. Nous envoyons nos résidents de l'Hôpital général de St. Boniface, à Winnipeg, pour qu'ils reçoivent une formation à l'Hôpital Monfort d'Ottawa, où ils peuvent travailler en français. Par conséquent, quand ils reviennent à l'Hôpital général de St. Boniface, ils sont en mesure de servir la population dans les deux langues officielles. Cela peut sembler un mélange étrange, mais c'était très important pour nous que l'Hôpital Montfort conserve sa vitalité, pour assurer la formation des médecins de l'Hôpital de St. Boniface. Nous voici donc, dans ce grand pays qui est le nôtre, obligés de veiller à assurer la continuité des services.

Monsieur Cormier, vous auriez été ravi d'assister hier aux témoignages de trois médecins, dont deux gérontologues et un médecin de famille. Ils nous ont dit exactement ce que vous nous dites aujourd'hui, à savoir que nous devons changer la prestation des soins de santé, que nous devons obliger le système à rendre davantage de comptes aux patients qu'il est censé servir. C'était bien d'entendre encore ce matin quelqu'un souscrire à cette idée.

Le sénateur Mercer : Monsieur Cormier, votre première recommandation est que le code du bâtiment doit être assoupli pour permettre aux aînés de vieillir dans leur demeure. C'est un bel énoncé et je pense que nous sommes tous d'accord avec cela. Cependant, pouvez-vous me dire quels sont peut-être les deux ou trois principaux éléments qui manquent aujourd'hui dans le code du bâtiment et que nous devrions ajouter à l'avenir?

[Français]

M. Cormier : Étant le nouveau président de la coalition, je vais demander à la directrice générale de faire un commentaire à ce sujet. Elle est en poste depuis 2004, et vous dira de façon plus spécifique ce qu'on entend par là.

[Traduction]

Cecile Cassista, directrice générale, Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins longue durée du Nouveau-Brunswick : Je vais me faire un plaisir de répondre à la question au sujet du logement. Nous avons constaté dans nos études et recherches au Nouveau-Brunswick, dans les Maritimes, que les personnes vieillissantes doivent déménager et quitter les régions rurales ou leur maison parce qu'elles ne peuvent plus y habiter, n'étant plus capables de monter l'escalier si elles n'habitent pas au rez-de-chaussée, et parce qu'il n'y a pas de barres de sécurité dans leur maison. Les résultats des sondages montrent que les gens ont migré vers les villes ou bien ont acheté une maison mobile qu'ils ont installée sur leur terrain parce qu'ils ne veulent pas quitter leur propriété; ils y habitent depuis 30 ans et veulent y rester. Nous avons aussi constaté que le code du bâtiment continue de permettre la construction de gigantesques maisons de deux ou trois étages où les portes ont moins de

certainly not the situation in the Atlantic provinces. I hope that I was able to enlighten you in that area.

Senator Mercer: That is fine. We all recognize and have heard some of that before about issues using stairs and the inability to live on the first floor because the washrooms are upstairs in many older homes. I think it is probably one of the communities that is invisible with respect to their being an issue with the width of doors until you spend some time with the seniors — yesterday we saw more wheelchairs in Halifax than we have seen in a long time.

Ms. Cassista: In terms of modifying and repairing their homes, extracting the dollars for that is extremely difficult for seniors. Many of them do not know about the programs. Although the money comes from Ottawa, it is administered by the province, and it is a very difficult process for seniors to go through. Therefore, as you travel, you will see, predominantly in the rural areas of the province, that these homes do need to be repaired and that seniors are living in these conditions.

Senator Mercer: Mr. Bélanger, you are right in everything that you have brought to our attention. We do not specifically make mention of minority rights, but we have spent a good deal of time talking about it. We have not put pen to paper not only on English language rights in Quebec but also the even more difficult problem of the rights of new Canadians who speak a language other than English or French. We are told that close to 50 per cent of the population now coming to Canada, the older new Canadians, speak a first language other than English or French, which complicates the problem. We will re-adjust that in our next break.

You mentioned New Horizons for Seniors Program not servicing the francophone community — I was a little surprised at that. I know my colleagues in the Senate and the House of Commons who come from those parts of the country with large francophone populations are very supportive of the New Horizons for Seniors Program, and I am surprised to hear that you think that the government is not doing a good job with that program.

[Translation]

Mr. Bélanger: Perhaps we should explain what the New Horizons Program for seniors is. In each province, there is a committee that selects the projects, and sometimes there is lack of francophone representation to educate the people on these committees. Even though the New Horizons program has simplified its forms, you should remember that many seniors are illiterate. This is an important factor that influences the number of applications in certain regions. Our research shows that the New Horizons Program for Seniors has fewer results in certain francophone regions as compared to the population as a

36 pouces et ne répondent donc pas aux besoins des personnes âgées qui veulent vieillir sans avoir à déménager. Les aînés nous ont dit qu'ils veulent vivre à la maison aussi longtemps qu'ils le peuvent. Ce n'est certainement pas ce qui se passe dans les provinces de l'Atlantique. J'espère que j'ai pu vous donner quelques éclaircissements à ce sujet.

Le sénateur Mercer : C'est bien. Nous en sommes tous conscients pour avoir entendu parler des difficultés que présentent les escaliers et des problèmes d'accessibilité aux salles de bain situées à l'étage dans nombre de maisons anciennes. Les usagés des fauteuils roulants constituent sans doute un groupe invisible et on ne se rend pas compte de l'importance de la largeur des portes tant que l'on n'a pas passé du temps avec des personnes âgées — hier, nous avons vu plus de fauteuils roulants à Halifax que nous n'en avons vu depuis longtemps.

Mme Cassista : Les personnes âgées ont énormément de difficulté à trouver l'argent nécessaire pour aménager et réparer leurs résidences. Nombre d'entre elles ignorent l'existence des programmes. Même si l'argent vient d'Ottawa, son administration incombe à la province et la démarche est très difficile pour les personnes âgées. Par conséquent, lors de vos déplacements, vous constaterez, surtout dans les régions rurales, que certaines résidences ont besoin de réparations et que des personnes âgées y vivent pourtant.

Le sénateur Mercer : Monsieur Bélanger, vous avez eu raison d'attirer notre attention sur tout ce que vous avez évoqué. Les droits des minorités ne sont pas mentionnés en particulier mais il n'empêche que nous en avons discuté abondamment. Les droits linguistiques des anglophones au Québec ne sont pas cités, nommément dans notre rapport, pas plus que le problème encore plus épineux des droits des néo-Canadiens qui ne parlent ni l'anglais ni le français. On nous a dit que près de 50 p. 100 des nouveaux arrivants au Canada, ont pour langue maternelle une langue autre que l'anglais ou le français, ce qui complique le problème. Nous apporterons les rajustements nécessaires à la prochaine étape.

Vous avez signalé que le programme Nouveaux horizons pour les aînés ne répondait pas aux besoins de la clientèle francophone. Cela m'a un peu surpris. Je sais que mes collègues au Sénat et à la Chambre des communes qui représentent des régions à forte population francophone appuient avec enthousiasme le programme Nouveaux Horizons pour les aînés et je m'étonne de vous entendre dire que le gouvernement n'est pas à la hauteur à cet égard.

[Français]

M. Bélanger : Il faut peut-être expliquer le programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Des comités dans chacune des provinces font la sélection des projets, et parfois, il manque une représentation francophone pour sensibiliser les gens qui font l'évaluation des projets. Malgré que le programme Nouveaux Horizons pour les aînés ait simplifié ses formulaires, il ne faut pas oublier que l'analphabétisme existe chez plusieurs aînés. C'est un facteur important qui influence le nombre de demandes dans certaines régions. Nos recherches indiquent que le programme Nouveaux Horizons pour les aînés donne moins dans certaines

whole. Perhaps the program is not sufficiently advertised or seniors need more help filling out the forms. The seniors of tomorrow should, in theory, have higher levels of education, with computer science and technology, and thus be better prepared. Not all seniors have access to the Internet or different means of communication. The New Horizons program could certainly be improved in order to better support seniors in this regard. Initially, there were significant areas where francophones were not receiving their fair share. Improvements were made by some provinces, but it should be pointed out to program authorities and to the Department of Human Resources and Social Development Canada that there are still areas where they must be careful, especially as concerns appointing the members of the committees. The committees do what they can, but sometimes there is no francophone representative who can help them learn about francophone communities. So it is sometimes difficult, depending on how they obtain their information, to understand the scope or the relevance of the project they are presenting. Sometimes, the project is refused because certain elements are lacking or, for one reason or another, public servants do not help the applicants throughout the process. These factors require improvement. However, it is an excellent program that has enhanced equipment for seniors, looked into elder abuse and the addition of other programs. However, we must ensure that minorities are served as well, and that they receive their fair share.

[English]

Senator Mercer: We Canadians pride ourselves on our linguistic duality. We also look at New Brunswick as our only official bilingual province. We know that the services offered across the province are not adequate in general; however, I am interested to know whether it becomes even more difficult when we analyze it on a language basis. Are there fewer spaces — of course it would have to be done on a population ratio basis — for francophones as opposed to anglophones in New Brunswick, and how does that relate to the staffing of facilities? I am picking up that you have some major problems in that area in that staff are unilingual or unable to communicate with the seniors in New Brunswick.

[Translation]

Mr. Bélanger: New Brunswick is supposedly the only bilingual province in Canada, but in reality that is not always the case for francophones. If you look at the public service in New Brunswick, there are still sectors in which francophones cannot obtain services in French. There have been many improvements and it is important to point these out, but just because a province is called bilingual or just because the city of Moncton says it is bilingual, does not mean that all services are available in French. Anglophones can obtain services in their language because most of the francophones working in the service sector are bilingual. That does not mean that anglophones do not provide good

régions francophones par rapport à la population per capita. Peut-être que le programme n'est pas suffisamment publicisé ou est-ce parce que les aînés ont besoin de plus d'aide pour remplir les formulaires. Les aînés de demain devraient, en principe, être beaucoup plus scolarisés, avec l'informatique et la technologie, et ils seront mieux préparés. Ce n'est pas tous les aînés qui ont accès à Internet ou aux différents moyens de communication. Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés pourra certainement s'améliorer afin de mieux soutenir les aînés en ce sens. Au départ, il y avait des éléments significatifs où les francophones ne recevaient pas leur part. Il y a eu des améliorations dans certaines provinces. Mais il s'agit de souligner au programme Nouveaux Horizons pour les aînés et au ministère des Ressources humaines et Développement social Canada qu'il y a encore des endroits où il faut faire attention. Et, surtout en ce qui concerne la nomination des membres des comités. Les comités font ce qu'ils peuvent, mais parfois, il n'y a pas de représentant francophone faire connaître les milieux francophones. C'est donc difficile parfois, dépendant comment ils vont chercher leur information, de prendre connaissance de l'ampleur ou de la pertinence du projet qu'ils présentent. Parfois, le projet est refusé parce qu'il manque certains éléments ou, pour une raison ou pour une autre, les fonctionnaires ne les accompagnent pas tout au long du processus. Ce sont là des facteurs qui demandent de l'amélioration. Par contre, c'est un excellent programme qui a amélioré les équipements pour les aînés, la question des abus faits aux aînés, et l'ajout d'autres programmes. Mais, il faut faire en sorte que les minorités soient aussi desservies, et qu'elles aient leur juste part.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : La dualité linguistique est la fierté des Canadiens. Le Nouveau-Brunswick est notre seule province officiellement bilingue. Nous savons que de façon générale les services sont de qualité inégale à l'échelle de la province. Toutefois, je voudrais savoir si les choses s'aggravent sous l'angle linguistique. Les places sont-elles moins nombreuses — et il faudrait des chiffres proportionnels à la population — pour les francophones que pour les anglophones au Nouveau-Brunswick? Quel rapport cela a-t-il avec le personnel des établissements? Je crois comprendre que vous faites face à des problèmes majeurs à cet égard étant donné que le personnel est soit unilingue ou incapable de communiquer avec les personnes âgées au Nouveau-Brunswick.

[Français]

M. Bélanger : En principe, le Nouveau-Brunswick est la seule province bilingue au Canada, mais en pratique, ce n'est pas toujours le cas pour les francophones. Si on regarde la fonction publique au Nouveau-Brunswick, il y a encore des secteurs où les francophones ne peuvent pas se faire servir en français. Il y a beaucoup d'améliorations, et c'est important de le souligner, mais ce n'est pas parce que la province se dit bilingue ou que la ville de Moncton se dit bilingue que tous les services en français sont accessibles. L'anglophone aura son service dans sa langue, parce que la plupart des francophones qui travaillent dans le secteur des services sont bilingues. Cela ne veut pas dire que les anglophones

service, it is simply that services in all sectors are not automatically provided in French despite the fact that New Brunswick was declared bilingual. There has been some progress, but there still remains a lot to do. New Brunswick's program can still serve as an example for the other provinces, however there still remains obstacles in some sectors when it comes to being served in French.

[English]

Senator Cordy: Thank you so much for your presentations this morning. They have been excellent.

Mr. Cormier, as the chair said, you would have been delighted to hear the presentation by the three doctors in Halifax yesterday. You mentioned medication, and we used to hear about over-medication of seniors a number of years ago. However, I have not heard that for awhile, so I am not sure if that was part of your reference. You said that sometimes medication is used when perhaps it should be a psychologist or a nutritionist, for example, which lead into your whole discussion that hands-on is far more important than medication or technology. I wonder if you would just expand on that a little bit for us.

The Chair: Senator Cordy, I would like to bring Mr. Smith into this as well. We will begin with Mr. Cormier.

[Translation]

Mr. Cormier: When seniors consult doctors for heart problems, they may end up needing medication. However, if they are victims of abuse, if they have concerns about the future, what they need is perhaps a psychologist. There are people who retire from their work and who have a difficult time adjusting to retirement. It may not be medication that they need. Taking medication can truly become a vicious circle. That is why I was saying that some seniors perhaps need a different kind of treatment.

I am a retired teacher and I sit on a committee that often meets with group insurance company representatives. We have been told that if teachers had access to psychologists, to reflexologists, they could avoid spending money on medication that costs an arm and a leg. However, I believe that in general, and the doctors tell us this, that people rarely leave a doctor's office without a prescription. On the other hand, there is a mentality amongst people that there must be a magic pill that one can use that will solve problems that are often psychological or emotional, from one day to the next.

[English]

Mr. Smith: There is no question that some over-medication still exists; we hear it from our group. It really depends on the physician; some physicians are prescription-happy. However, it is

n'offrent pas un bon service, c'est juste que le service en français dans tous les secteurs n'est pas automatique, et ce, malgré le fait que l'on ait déclaré le Nouveau-Brunswick bilingue. Il y a un peu de progrès, mais il y a encore beaucoup à faire. Le programme au Nouveau-Brunswick reste quand même un exemple pour d'autres provinces, mais nous rencontrons encore des embûches dans certains secteurs pour nous faire servir en français.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Merci beaucoup de vos exposés ce matin; ils étaient excellents.

Monsieur Cormier, comme l'a dit la présidente, vous auriez beaucoup apprécié les exposés présentés par les trois médecins à Halifax hier. Vous avez fait allusion aux médicaments; il y a un certain temps, on parlait beaucoup de l'utilisation abusive de médicaments chez les personnes âgées. Toutefois, ce problème n'a pas été évoqué récemment si bien que je me demande si vous y songiez quand vous avez parlé de médicaments. Vous avez dit qu'on avait parfois recours à des thérapies médicamenteuses quand le recours à un psychologue ou à un nutritionniste serait sans doute préférable, par exemple. De là vous abordez toute la question de l'intervention personnelle qui est de loin supérieure aux médicaments ou à la technologie. Pouvez-vous développer votre pensée?

La présidente : Sénateur Cordy, J'aimerais que M. Smith réponde lui aussi à cette question. Nous allons commencer par M. Cormier.

[Français]

M. Cormier : Quand les aînés vont voir les médecins pour des problèmes de coeur, ils peuvent avoir besoin de médicaments. Mais s'ils sont victimes d'abus, s'ils ont des craintes vis-à-vis de l'avenir, c'est peut-être d'un psychologue dont ils ont besoin. Il y a des gens qui quittent leur travail et qui s'adaptent fort mal à la retraite. Ce n'est peut-être pas de médicaments dont ils ont besoin. La prise de médicament peut devenir un véritable cercle vicieux. Alors, c'est dans ce sens que je dis qu'il faudrait peut-être traiter autrement les gens d'un certain âge.

Je suis enseignant à la retraite et je fais partie d'un comité qui rencontre souvent les représentants de nos compagnies d'assurance groupe. On nous dit que si les enseignants pouvaient avoir accès à des psychologues, à des réflexologues, cela nous éviterait de dépenser pour des médicaments qui coûtent les yeux de la tête. Mais je crois qu'en général, et les médecins nous le disent, les gens ne sortent pas d'un examen médical avec une prescription. Par contre, il existe une mentalité chez les gens, qui est celle qu'on doit avoir une pilule magique qui va du jour au lendemain guérir des problèmes qui sont souvent d'ordres psychologique et émotionnel.

[Traduction]

M. Smith : Nul doute qu'il existe encore des abus dans les traitements médicamenteux. Les membres de notre groupe nous le signalent. Tout dépend vraiment du médecin. Certains

an area that can be addressed, and it is more of a problem in the older senior groups than it is in the younger senior groups.

With respect to the New Horizons for Seniors Program, this program is well-received in the province of New Brunswick. The suggestion was made that the applications need to be simplified, and there is no question that that needs to be done. The forms, over the last number of programs, have been complicated for some of our senior groups, and that needs to be addressed. In addition with the New Horizons for Seniors Program, often the lead time between the announcement of the program and the closing date of the program is much too short; it does not give our organizations or the individual seniors clubs in the province sufficient time to do their research to make a professional application.

[Translation]

Mr. Bélanger: Obviously people need more time to fill in forms. I would just like to follow up on Senator Cordy's question and on Mr. Cormier's comments regarding medication. There is another point that was not mentioned in the report but that others will raise, and that is the issue of prevention, education and health awareness. Governments should be investing more in prevention and providing support to organizations that work on the ground on a daily basis. Seniors have been in the New Horizons program but there should also be access to other programs. I think that the solution to many problems lies within communities. Community action is the life and substance of communities. Communities and organizations could be accomplishing much more than all the senior officials or systems. However, they lack the tools, and the financial and human resources to do these things. If there were several programs available to seniors' groups who work on the ground, that would help our seniors remain independent for a longer period of time, it would help them preserve the quality of life, and to remain close to their homes or their families for as long as possible. Obviously there will be those who will need certain treatments, medication, surgery, and so on. We are not disregarding that, but one of the association's priorities is to work hard and to raise people's awareness. The program has been improved in New Brunswick but less than 1 per cent is invested in prevention. That means that 99 per cent is invested in treatment. The government tells us that we are being listened to but we are still waiting for results. It is essential that the government, be it provincial or federal, invest in prevention and seniors' health promotion, that it give them the tools, the workshops, the forums and the information sessions so that they can take charge of their health and ensure that they stay physically, mentally, and emotionally healthy for as long as possible, and that they maintain the best quality of life amongst their families for as long as possible.

médecins ont l'ordonnance facile. Toutefois nous ne sommes pas impuissants face à ce problème qui l'on rencontre davantage chez les personnes plus âgées que chez les moins âgées.

Le programme Nouveaux Horizons a été bien accueilli au Nouveau-Brunswick. On a suggéré de simplifier les formulaires d'inscription et nul doute que c'est ce qu'il faut faire. Relativement aux derniers programmes, on a constaté que certaines personnes âgées avaient du mal à remplir les formulaires et il faut faire quelque chose à cet égard. En ce qui concerne le programme Nouveaux Horizons, souvent le délai entre l'annonce d'un programme et la date limite des inscriptions est trop court. Nos organisations ou les clubs d'âinés dans la province n'ont pas assez de temps pour effectuer la recherche nécessaire pour présenter une demande en bonne et due forme.

[Français]

M. Bélanger : C'est certain que les gens ont besoin de plus de temps pour remplir les formulaires. J'aimerais seulement ajouter à la question du sénateur Cordy et puis aussi à la réaction de M. Cormier, au sujet de la médication. Il y a un élément qu'on n'a pas mentionné dans le rapport, mais que d'autres vont mentionner, c'est toute la question de la prévention, de l'éducation et de la sensibilisation à la santé. Les gouvernements devraient investir davantage dans la prévention et apporter du soutien aux organismes qui travaillent sur le terrain quotidiennement. On a accès au programme de Nouveaux Horizons pour les âinés, mais on devrait avoir accès à d'autres programmes. Pour moi, la solution à beaucoup de situations se situe au niveau des communautés. L'action communautaire, c'est la vitalité, la pérennité des communautés. Les communautés et les organismes peuvent accomplir plus de travail, que tout hauts fonctionnaires ou système. Mais il manque les outils, les ressources financières et humaines pour faire des choses. Si on avait plusieurs programmes accessibles aux groupes d'âinés qui travaillent sur le terrain, cela aiderait nos âinés à rester plus longtemps autonomes, à conserver leur qualité de vie, à demeurer près de chez eux ou près de leur famille le plus longtemps possible. En travaillant, c'est certain qu'il y en a qui vont avoir besoin d'éléments curatifs, de médication, de certaines chirurgies, et cetera. On ne met pas cela de côté, mais c'est une des priorités de l'association de travailler fort et de sensibiliser. Au Nouveau-Brunswick, il y a de l'amélioration au programme, mais on a moins de 1 p. 100 qui est investi dans la prévention. Cela veut dire que 99 p. 100 sont investis dans le curatif. On dit au gouvernement, qu'on nous écoute, mais on attend encore les résultats. C'est essentiel que le gouvernement, provincial ou fédéral, investisse dans la prévention et la promotion de la santé des âinés, qu'il leur donne des outils, des ateliers, des forums, des sessions d'information pour qu'ils puissent prendre en charge leur santé et faire en sorte qu'ils puissent demeurer le plus longtemps possible en santé, physiquement, mentalement, émotionnellement, et avoir la meilleure qualité de vie auprès des leurs le plus longtemps possible.

Mr. Cormier: Following Mr. Smith's testimony, he may be surprised to learn that an actuarial study was undertaken by the Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick, which provides group insurance plans for active and retired teachers, which showed that the most costly people in terms of insurance or medication are those individuals who retire at the age of 65 years. I was highly surprised that an actuarial study demonstrated this, that it is later that medication costs less. When the question was asked, we were told that when people leave their workplace, they are exhausted and it takes a certain number of years before they become used to retirement, to another lifestyle and another type of activity. So, a few months ago, they increased the contributions of individuals who retire at 65 years old and they considerably decreased the contributions of those individuals aged 65 years and over. Therefore, there is perhaps another myth that says that when you age, you leave things behind, these things are no longer important. Perhaps it is that people focus on the essentials, they worry less about some things, perhaps that is the explanation. I do not know if Mr. Smith was surprised by this, but that is what the actuarial studies showed.

[English]

Senator Cordy: That surprises me too, as a former teacher, that there would be more drug costs between the ages of 55 and 65. However, when you explain it, we can understand the challenge. Retirement is supposed to be one of life's major changes.

Your comments on health promotion are excellent. Seniors have been telling us in presentations that they want to be able to stay in their homes for longer. With respect to the lead time for applications for programs, a program for people with disabilities was announced that had a 30-day time period from the time the application came out to when it had to be submitted. Ironically enough, the finance minister's riding was the only one where a group had the application form ready, so that gave rise to me asking the question as to when they actually knew about the application forms coming out. You made an excellent point about the need for a longer lead time.

Mr. Bélanger, you gave us some excellent ideas, and we will look over our report and make some additions to it. Can you tell me about the human resources in terms of francophones, particularly in New Brunswick? When I was on another committee a few years ago, we came to New Brunswick and were told that military personnel transferring into some rural areas in smaller provinces had challenges finding a doctor who could speak to them in French. Is there a concern about the number of francophone health care professionals, and what could we do to increase those numbers, if in fact that is a problem?

[Translation]

Mr. Bélanger: Obviously, there have to be incentives, but there also have to be programs. The program, Santé en français, as well as the provincial organizations in francophone areas, are looking

M. Cormier : Suite au témoignage de M. Smith, il sera peut-être surpris d'apprendre qu'une étude actuarielle faite par la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick, qui offre des plans d'assurance collective pour les enseignants actifs ainsi que pour les enseignants à la retraite, a démontré que ce qui coûte le plus cher au système d'assurance ou de médicaments, ce sont les gens qui prennent leur retraite à l'âge de 65 ans. Cela m'a énormément surpris qu'une étude actuarielle nous démontre cela, c'est après que les médicaments coûtent moins cher. Lorsqu'on a posé la question, on nous a dit que lorsque les gens sortent du monde du travail, ils sont épuisés, et cela prend un certain nombre d'années avant qu'ils s'habituent à la retraite, à un autre type de vie, un autre type d'activité. Et, depuis quelques mois, ils ont haussé les primes des personnes qui prennent leur retraite à 65 ans, et ont considérablement baissé les primes des 65 ans et plus. Alors c'est peut-être un autre mythe qui veut qu'en vieillissant, il y a peut-être des choses qu'on laisse tomber, qui n'ont plus d'importance. Peut-être que les gens vont plus à l'essentiel, se tracassent moins avec certaines choses, c'est peut-être cela l'explication. Je ne sais pas si cela a surpris M. Smith, mais c'est ce qu'ont démontré les études actuarielles.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : En tant qu'ancienne enseignante, je trouve étonnant qu'on soit face à des coûts supérieurs pour les médicaments entre 55 et 65 ans. Toutefois, ayant entendu vos explications, nous pouvons comprendre le défi. La retraite est considérée comme une des changements importants de la vie.

Ce que vous avez dit à propos de la promotion de la santé est tout à fait juste. Les personnes âgées sont venues nous dire dans leurs témoignages qu'elles souhaitent rester plus longtemps dans leurs résidences. S'agissant des délais d'inscription à des programmes, on a constaté qu'un programme à l'intention des personnes handicapées avait été annoncé et fixait à 30 jours le délai pour la présentation des demandes. Curieusement, c'est seulement dans la circonscription du ministre des Finances qu'un groupe a réussi à présenter sa demande à temps et cela m'a poussé à poser la question : quand ce groupe avait-il été mis au courant de la diffusion des formulaires de demande. Vous avez tout à fait raison de signaler la nécessité d'accorder un délai plus long.

Monsieur Bélanger, vous nous avez donné d'excellentes idées et nous allons revoir notre rapport afin d'y apporter des addendas. Parlez-moi des ressources humaines francophones, au Nouveau-Brunswick notamment? Je suis venue au Nouveau-Brunswick il y a quelques années avec les membres d'un autre comité et on nous a dit que les militaires mutés dans certaines régions rurales des petites provinces avaient du mal à trouver un médecin qui pouvait les soigner en français. S'inquiète-t-on du nombre des professionnels de la santé francophones et, si en fait il y a là un problème, que pourrions-nous faire pour augmenter ces effectifs?

[Français]

M. Bélanger : C'est certain qu'on a besoin de mesures incitatives, mais on a besoin aussi de programmes. Le programme Santé en français, ainsi que des organismes

at all of Santé en français' services with professionals. It takes incentives to attract health professionals to francophone areas. It is difficult, constant work, especially in rural areas and in some francophone minority communities in New Brunswick. Take, for example, the Miramichi region, Saint-Jean and Fredericton, where there are francophone community schools in minority areas. There is currently a very positive process happening with the government with a view to establishing health centres or health clinics in French within these community centres. We are awaiting the outcome of a new agreement with the federal government in order to continue our Santé en français program for another five-year period. But there remains work to be done in this area. In communities with francophone minorities, they are succeeding in attracting francophone doctors who will provide services in French, and nurses, but there still remains work to be done in that area. In minority communities such as Saint-Jean, Fredericton, and Miramichi, it is more difficult. In New Brunswick, there are certain specialized services that are only available in anglophone hospitals. We hear many complaints about the lack of services in French. Sometimes patients manage to receive these services in French, but through simultaneous interpretation. That is not particularly helpful in emergency situations. The communities of Saint-Jean and Fredericton are working hard in order to attract francophone doctors to their clinics, to serve the francophone population.

The province is making an additional effort, but there still remains work to be done, that is certain. The University of Moncton has a medical school and it is the first francophone medical school in the Maritimes. It is under the umbrella of the medical school at Sherbrooke University. The French medical program is in its second year and it is our hope that students coming from Nova Scotia, Prince Edward Island and even Newfoundland will go back to their communities after their studies. There are also incentives whose purpose is to help retain these resources. There has been progress, but there still remains work to be done, that is certain. Francophones in some areas still do not have complete access to services in French.

[English]

Senator Cools: Good morning to all of you. It is a pleasure to have you come before us. One of the reasons that, as I am sure you know, we are travelling is precisely to make this sort of contact and to have a very close association with people where they live, in their own communities.

You are Acadians, Maritime French Canadians — particularly in New Brunswick — and a very unique group of people. Unfortunately, you are not well-known to most Canadians, who know very little of your experiences. Therefore, I hope that many

provinciaux sur les territoires francophones, regardent avec les professionnels l'ensemble des services de Santé en français. Cela prend des mesures incitatives pour attirer des professionnels de la santé en milieu francophone. C'est un travail continu qui n'est pas évident, surtout dans les milieux ruraux et dans certaines communautés minoritaires francophones au Nouveau-Brunswick. Par exemple, la région de Miramichi, soit Saint-Jean et Fredericton, où il y a des centres scolaires communautaires francophones dans des milieux qui sont très minoritaires. Il y a en ce moment, une démarche positive avec le gouvernement, afin de créer des centres de santé, ou des cliniques de santé en français dans ces centres communautaires. Nous attendons la réponse à une nouvelle entente avec le fédéral afin de continuer notre programme de Santé en français pour une autre tranche de cinq ans. Mais, il y a encore du travail à faire de ce côté. Dans les communautés à minorités francophones, on réussit encore à attirer des médecins francophones pour servir en français, des infirmières, mais il y a toujours du progrès à faire de ce côté. Il reste que dans les communautés minoritaires, comme Saint-Jean, Fredericton, Miramichi, c'est plus difficile. Au Nouveau-Brunswick, il y a certains services spécialisés qui sont disponibles seulement dans des hôpitaux anglophones. Nous recevons plusieurs plaintes sur le manque de services en français. Il arrive que des patients reçoivent des services en français, mais en traduction simultanée. Ce qui n'aide pas vraiment la compréhension en situation d'urgence. Les communautés de Saint Jean et Fredericton travaillent fort pour attirer des médecins francophones pour leurs cliniques, pour servir la population francophone.

La province fait un effort complémentaire, mais il y a encore du travail à faire, c'est certain. Il y a l'école de médecine de l'Université de Moncton, qui est la première école de médecine francophone en Atlantique, et qui est sous la juridiction de l'école de médecine de l'Université de Sherbrooke. Le programme de médecine en français en est à sa deuxième année, et on espère que les étudiants qui viennent de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard, et même de Terre-Neuve, vont demeurer dans leurs communautés après. Il y a aussi des mesures incitatives pour faire en sorte qu'on puisse garder ces personnes ressources.

Il y a du progrès, mais il y en a encore à faire, c'est certain. Les francophones de certaines régions manquent toujours d'accessibilité à un service en français.

[Traduction]

Le sénateur Cools : Bonjour à tous. Nous sommes ravis de vous accueillir. Je suis sûre que vous le savez : Si nous nous déplaçons, c'est précisément, entre autres, pour prendre contact directement avec vous et avoir des discussions de vive voix avec les gens dans leur milieu, dans leurs propres collectivités.

Vous êtes Acadiens, des Canadiens français des Maritimes — plus particulièrement du Nouveau-Brunswick — et vous constituez un groupe unique de gens. Malheureusement, la plupart des Canadiens ne vous connaissent pas bien et sont très

of the comments and recommendations that you make will be featured in our report so as to inform the rest of Canada of your existence.

I know this may sound a little curious to some of you, but when I first came to Canada, which was in 1957 — a long time ago — I had never heard of Acadians. There are always Acadian senators in the Senate; a number of positions must go to Acadian senators. The first real Acadian senator I met was Senator Robichaud, who, as you know, was the former Premier of New Brunswick.

The Chair: You are referring to the first Senator Robichaud, as opposed to the second Senator Robichaud.

Senator Cools: Sorry, I am talking about the former senator, yes. We now have a current Senator Robichaud. Senator Louis Robichaud passed away; he was Premier of New Brunswick at one time, and had a personal tragedy — he lost a son.

The Chair: I think they know him as Saint Louis.

Senator Cools: We are talking today about aging, and you are raising a lot of very deep subjects; I would like to answer a few of your comments. Aging happens to everyone, if you are privileged to live so long. I recently heard of a problem of a particular aging person whose doctor was aging too. I am just wondering if you have any experiences with this. As doctors tend to be a little bit older than their patients, this senior patient found himself without the doctor who had looked after him all his life, who knew his whole life's history and his whole medical history. This doctor was retiring, leaving this individual at a very critical time in his life without a doctor.

This particular doctor was very sensitive to the situation and was trying to place his patients with another doctor that he trusted. It occurred to me that this must be a common problem where senior citizens, Canadians, find themselves having to go through the experience of acquainting themselves with a new doctor, having that doctor learn their whole history at a time in their lives when change and adaptation becomes increasingly difficult. It is very important that doctors begin to understand that they may have an aging population to look after and that that becomes the doctor's responsibility to try to place these patients with a doctor who is not too old to look after those people. I am just wondering if you have experienced this or know seniors who have had this experience because it is one of those unspoken issues that may be more common than we think.

Ms. Cassista: I have done a fair amount of work in the northern part of the provinces where we have a shortage of doctors and have aging doctors who have left, retired, for whatever reason. In the northern part of the province as well as in the cities, you will find that it is very difficult for seniors to get accustomed to a new doctor. They have refused to go because they now have a new, young doctor with whom they must work. I have found in my research that that is happening quite often. In my own personal experience with my own mother, she had

mal renseignés sur vos expériences. Par conséquent, j'espère que nombre des propos et recommandations que nous allons entendre trouveront leur place dans notre rapport afin de renseigner le reste du Canada sur votre situation.

Cela semblera peut-être curieux à certains d'entre vous, mais quand je suis arrivée au Canada, en 1957 — il y a très longtemps — je n'avais jamais entendu parler des Acadiens. Or, il y a toujours des sénateurs acadiens au Sénat; un nombre de postes doivent être attribués à des Acadiens. Le premier sénateur acadien que j'ai rencontré est le sénateur Robichaud qui, comme vous le savez, a été premier ministre du Nouveau-Brunswick.

La présidente : Vous parlez du premier sénateur Robichaud et non pas de celui qui siège actuellement au Sénat.

Le sénateur Cools : Pardon; en effet, il s'agit de l'ancien sénateur. Nous avons actuellement un sénateur Robichaud. Le sénateur Louis Robichaud est maintenant décédé. Il avait été premier ministre du Nouveau-Brunswick et avait connu le très grand malheur de perdre un fils.

La présidente : Je crois qu'on l'appelait saint Louis.

Le sénateur Cools : Nous discutons aujourd'hui du vieillissement et vous avez abordé des sujets très graves. J'aimerais répondre à certaines de vos observations. Tous ceux qui ont le privilège de vivre assez longtemps vieillissent. J'ai récemment entendu parler d'une personne âgée dont le médecin l'était aussi. J'aimerais savoir si vous avez de l'expérience à ce chapitre. Comme les médecins ont tendance à être un peu plus âgés que leurs patients, ce patient âgé s'est retrouvé sans le médecin qui l'avait traité toute sa vie, celui qui connaissait l'histoire de sa vie et ses antécédents médicaux. Ce médecin a pris sa retraite laissant ce patient sans médecin à une étape cruciale de sa vie.

Le médecin, très conscient de la situation, a tenté de trouver un médecin à qui il faisait confiance pour ses patients. C'est sans doute un problème courant pour bien des aînés. Il y a probablement bien des Canadiens plus âgés qui doivent apprendre à connaître un nouveau médecin lui raconter leur vie à un moment où les changements et l'adaptation sont de plus en plus difficiles. Il importe que les médecins comprennent qu'ils devront prendre soin d'une population vieillissante et qu'il leur incombera de trouver un médecin pas trop âgé pour s'occuper d'eux. Peut-être en avez-vous fait l'expérience ou connaissez-vous des personnes âgées qui ont vécu cela; j'ai l'impression que c'est un sujet qu'on passe sous silence mais qui est plus commun qu'on le croit.

Mme Cassista : J'ai beaucoup travaillé dans le nord de différentes provinces aux prises avec une pénurie de médecins, notamment par suite du départ ou de la retraite de médecins vieillissants. Dans ces régions, ainsi que dans les villes, il est très difficile pour les aînés de s'habituer à un nouveau médecin. Certains refusent de consulter le jeune nouveau médecin qui les dessert dorénavant. D'après les recherches que j'ai faites, c'est fréquent. Je peux aussi vous donner l'exemple de ma mère qui, après le départ à la retraite de son médecin, a été neuf ans sans en

not gone to a doctor for nine years because her doctor retired, and she did not feel comfortable. There are others examples of that, so it is happening.

Senator Cools: I am just wondering, if we could mention it — I do not know if it is even important enough — in the report. When I speak to seniors who are moving to Ottawa, moving to cities, I tell them to look for a younger doctor who can see them through old age; if they are 50 years old, find a 40-year-old doctor, not a 60-year-old doctor.

Mr. Smith: That is already happening, as Ms. Cassista said. If we look at New Brunswick and the percentage of older doctors who are retiring in the next five to ten years, it is very high. That will exacerbate this situation where the patient has been dealing with one doctor for years, 20 to 40 years in some cases, and will have to look for another physician to handle their needs.

Senator Cools: I have encountered cases such as yours, where because the doctors retire, the seniors or the elderly no longer bother to go to the doctor. We will think about that.

[Translation]

Mr. Cormier: It is not always a pleasant experience to visit the doctor today. You sit down in a cold room and male patients are asked to take their shirts off, and they freeze until someone comes to take their blood pressure. Then, after 20 minutes, a doctor will tell you: "I am sending you for a rectoscopy," when in fact all you wanted to tell the doctor is that you feel tired. It is very important for an elderly person to be treated by someone who understands the process of aging, how difficult it is for the elderly to adapt, and someone who knows how to really listen and pinpoint what the real problems are. I think that most of the time, elderly patients do not really say what is bothering them. They are often too nervous to do so.

[English]

Senator Cools: I think that is fair to say. Perhaps all of this can be subsumed in a way under the title of "doctor-patient relationships," or something similar. Maybe we could include a small section on it in the report.

In your communities in this part of the country, are your doctors responding to these new needs that are emerging — meaning a huge aging population — and is the profession adapting and studying gerontology and geriatric processes more? Yesterday we had some doctors present, and they said that the study of gerontology and geriatric medicine is not sexy enough and it does not seem to be that profitable. I think one of the doctors said that he thinks that if all doctors studied geriatrics it would be a better world or something to that effect. However, are your francophone doctors responding in that way? Are they looking to study geriatric medicine a bit more?

voir un autre parce qu'elle ne se sentait pas suffisamment à l'aise pour le faire. Il y a d'autres exemples semblables et c'est en effet un problème courant.

Le sénateur Cools : Je me demande si c'est suffisamment sérieux pour que nous en traitions dans notre rapport. Quand je parle à des personnes âgées qui viennent s'installer à Ottawa ou dans une autre ville, je leur conseille de chercher un jeune médecin qui pourra les suivre longtemps, s'ils ont 50 ans, je leur recommande de trouver un médecin dans la quarantaine et non pas dans la soixantaine.

M. Smith : C'est déjà un problème, comme l'a indiqué Mme Cassista. Au Nouveau-Brunswick, le pourcentage de médecins âgés qui prendront leur retraite d'ici cinq à dix ans est très élevé. Cela aggravera la situation des patients qui voient le même médecin depuis des années, depuis 20 ou 40 ans dans certains cas, et qui devront trouver quelqu'un d'autre qui réponde à leurs besoins.

Le sénateur Cools : J'ai rencontré des personnes comme votre mère qui cesse de voir un médecin après le départ à la retraite de leur médecin de famille. Nous nous pencherons sur cette question.

[Français]

M. Cormier : Une visite chez le médecin aujourd'hui n'est pas toujours une expérience agréable. On s'assoit dans une salle froide, et, pour les hommes, on nous fait enlever nos vêtements jusqu'à la ceinture, on gèle en attendant qu'on vienne prendre notre pression, et après une vingtaine de minutes, il y a un médecin qui vous dit : « Je t'envoie faire une rectoscopie », alors qu'on allait voir le médecin pour de la fatigue. Il est très important pour une personne âgée d'avoir quelqu'un qui comprend le phénomène du vieillissement, la difficulté d'adaptation des personnes âgées, et qui sait être à l'écoute et cerner les vrais problèmes. Je crois que la plupart du temps, les patients âgés ne disent pas ce dont ils souffrent. C'est trop énervant.

[Traduction]

Le sénateur Cools : Oui, c'est juste. Peut-être qu'on pourrait inclure cela sous la rubrique « relations médecin-patient », ou quelque chose du genre. Peut-être pourrions-nous inclure une petite partie à ce sujet dans notre rapport.

Dans cette région du pays, dans vos localités, les médecins répondent-ils aux besoins émergents — ceux d'une très grande population vieillissante — et la profession s'adapte-t-elle en étudiant davantage la gériatrie et la gériatrie? Hier, nous avons entendu des médecins qui nous ont dit que la gériatrie ou la gériatrie n'est pas un sujet très excitant et que ce n'est pas un domaine de la médecine qui semble très rentable. Mais l'un des médecins a déclaré que, selon lui, si tous les médecins étudiaient la gériatrie, notre monde n'en serait que meilleur. Qu'en est-il de vos médecins francophones? S'intéressent-ils un peu à la gériatrie?

[Translation]

Mr. Bélanger: At the new school of medicine of the University of Moncton, young doctors are educated about the treatment of elderly francophone patients. The university even has a program called "Grouille rouille," which basically means "use it or lose it." This is a program targeted at that the aging members of our society. The school of medicine's program is geared towards the many different needs of the citizens of Moncton. People are really aware of the aging population, but I could not tell you whether doctors of a certain age are engaged in awareness activities; I do not have any statistics. Perhaps the medical society or the medical staff could enlighten us. But there is one thing we can do in the area of prevention, and that is to promote physical activity. If physicians worked hand in hand with various other organizations to make people aware of this fact, it would improve the situation. We have to go beyond prescribing medication and encourage physical, recreational and cultural activities, and also activities focused on a person's well-being. I think there is hope, since medical planning is much more engaged in these areas than it was before, especially in the field of family medicine. There has been progress.

Mr. Cormier: Are we adapting to the aging population? I believe so, but it is only the beginning. I sit on a committee at the Moncton Hospital whose members go into the community to meet with people with the goal of finding better ways to treat seniors. If you have time, I would strongly recommend you read *Head First, The Biology of Hope*, or the French version, which is entitled *Le rôle du moral dans la guérison, La biologie de l'espoir*, by Norman Cousins. The author believes that most people who visit a doctor do so seeking reassurance about something.

I am 71 years old and I am much less interested in material things. I have a certain level of income, and I do not need any more money, what I care about is my health. When you grow older, you become more aware of your mortality, and when you go see a doctor, you need to be reassured. You want to hear the doctor tell you "You just have the flu and it will be gone in a couple of weeks, go home and rest, perhaps you are doing too much, perhaps you are undertaking too much," but often that is not what the doctor does. He sends you out to do a test, and so I get the impression that doctors do not trust their own instincts. It seems that when I was young, doctors provided more reassurance. But now, they immediately send you to undergo tests in a hospital, where wait times are endless.

I absolutely believe that general practitioners who take training courses should learn more about geriatrics and how to treat their elderly patients. I cannot insist enough on the importance of reassuring the elderly; physicians need to assess the medication which is being taken and ask their patients to bring their pills with them in order to see whether three quarters of them are really necessary. I am convinced that people must learn to take responsibility for their own health when they are young. Too often, that responsibility is put on the shoulders of health care professionals. Some medical school graduates will claim that this fact is the greatest failure of the modern world.

[Français]

M. Bélanger : À l'Université de Moncton, à la nouvelle école de médecine, les jeunes médecins sont informés de toute la question des aînés francophones. L'université a même un programme qu'on appelle « Grouille rouille », qui veut dire : si tu ne te grouilles pas, tu vas rouiller. C'est un programme qui se préoccupe du vieillissement de la population. Le programme de l'école de médecine touche à beaucoup d'éléments ici à Moncton. Il y a vraiment une sensibilisation, mais je ne pourrais dire si les médecins d'un certain âge le font, je n'ai pas de statistiques. Probablement que l'association des médecins ou le corps médical pourrait nous le dire. Mais, il y a une certaine chose qu'il faut faire à titre préventif et c'est de promouvoir l'activité physique. Une collaboration entre les médecins et diverses associations dans ce travail de sensibilisation améliorerait la situation. Il importe de dépasser la médication systématique et encourager l'activité physique, récréative, culturelle ou de mieux-être. Je dis qu'il y a espoir, puisque la nouvelle planification médicale semble beaucoup plus engagée qu'elle ne l'était autrefois, surtout dans le secteur de la médecine familiale. Il y a du progrès.

M. Cormier : Est-ce qu'on s'adapte au phénomène de la population vieillissante? Je crois que oui, mais ce n'est qu'un début. Je fais partie d'un comité à un hôpital de Moncton qui rencontre des gens de la communauté pour voir comment on pourrait mieux traiter la population vieillissante. Je vous suggère de lire, si vous avez le temps, le livre *Head First, The Biology of Hope*, ou sa version française, *Le rôle du moral dans la guérison, La biologie de l'espoir*, de Norman Cousins. L'auteur dit que la plupart des gens qui vont voir un médecin, c'est pour être rassurés.

J'ai 71 ans et les biens matériels m'intéressent beaucoup moins. J'ai un certain salaire, je n'ai pas besoin de plus d'argent, mais je tiens à ma santé. Quand on vieillit, on est plus conscient de notre mortalité et quand on a besoin d'aller voir un médecin, on a besoin d'être rassuré; qu'on nous dise : « Ce que tu as là, c'est une grippe, et cela va prendre deux semaines, rentre chez vous, repose-toi, peut-être que tu en mènes trop large, peut-être que tu fais trop d'activité », mais souvent ce n'est pas ce qu'on fait. On nous envoie faire un test et cela me donne l'impression que les médecins ne se font pas confiance. Il me semble que quand j'étais jeune, les médecins nous rassuraient davantage. Maintenant, c'est tout de suite des tests dans les hôpitaux, avec des attentes à n'en plus finir.

Je crois qu'il faut absolument que les médecins généralistes, s'ils ont de la formation continue, aient des cours de gériatrie et apprennent à adapter leurs soins aux personnes vieillissantes. On n'insistera jamais assez sur l'importance de rassurer les gens, d'évaluer la médication et de demander aux patients d'amener leur sac de pilules pour voir s'ils ne pourraient pas en jeter les trois quarts. Je suis convaincu que dès le jeune âge il faut rendre les gens responsables de leur santé. Trop souvent, on met la responsabilité de notre santé entre les mains des professionnels. Certaines personnes qui sont sorties du monde médical disent que c'est la plus grande faillite que l'ère moderne ait connue.

[English]

Senator Cools: You have said a lot, and I would like to respond to all of it, but we do not have the time. I will re-read your comments again. You said that human beings need to be reassured. You come back to the essential element that as people grow older, they become aware that they are running out of time, so there is a psychological experience that accompanies every ailment they might have. Therefore, it is twofold: The body is aging and pathologies are creeping in, but at the same time that human being is having a very profound and very deep psychological experience. This has been talked about before in this committee, and it is something that we have to crystallize into words. Therefore, I understand that.

I know universities are offering courses, but that is mostly for medical students who are going through university. When I put my question, I was trying to ascertain whether or not, on the ground here in your communities, those doctors in the field are responding and attempting to obtain that critical knowledge.

Mr. Smith: Further to your question, our seniors federation is in the process of setting up a research committee that will look at the impact of the aging over the next five to ten years, and we hope to go out into the community to do a lot of this research and utilize the professional people, too.

The Chair: We heard yesterday from these three physicians who, first, tried to disabuse us of the notion that seniors will live longer and that they will be better off financially. I think it is true. I think that economists would say that those of us who are seniors now — and with the exception of these two over here, who have not quite reached that level; the other two of us have — will probably be the better-off generation. Our children and future generations may not have as much money, unless we can leave them a lot.

They also said that with the rates of obesity, of galloping diabetes and that type of lifestyle that prevention programs become absolutely essential. We know what all government budgets are like. I have been in the provincial government in Manitoba for eight years and to try to get money for prevention for young offenders, for young kids on the streets, for health care needs is next to impossible because the parliamentarian sits in the legislature considering what he or she will get dinged on: the person who did not get emergency care, the person who did not get a doctor when they needed it. Therefore, there is this natural gravitation by those elected politicians to the immediate need not to something that, first, is not measurable, and, second, if it was measurable, would not for 10 or 15 or 30 years. We live in the now not in the future.

Do you have any ideas on how we can affect that change? We know it is essential. If we are to have healthy, active seniors who volunteer, then we know that we need to put that in place beforehand. They need to volunteer as young persons to develop that whole attitude. If they are to be healthy, they do not get

[Traduction]

Le sénateur Cools : J'aimerais bien pouvoir répondre à chacune de vos nombreuses observations, mais nous n'avons malheureusement pas suffisamment de temps. Je relirai vos remarques. Vous avez dit entre autres que les êtres humains ont besoin d'être rassurés. Vous nous ramenez à l'élément essentiel selon lequel quand on vieillit, on prend conscience du peu de temps qui reste, de sorte que toute maladie devient une expérience psychologique. Le phénomène est donc double : le corps vieillit et les maladies apparaissent, mais, en même temps, l'être humain vit une expérience psychologique très profonde. Nous avons déjà abordé ce sujet ici, au comité, et il nous reste à traduire cela en mots pour notre rapport. Je comprends donc ce que vous dites.

Je sais que les universités offrent des cours, mais ils s'adressent essentiellement aux étudiants en médecine qui fréquentent l'université. Avec ma question, je tentais de déterminer si, sur le terrain, dans vos collectivités, les médecins réagissent et tentent d'acquérir ces connaissances cruciales.

M. Smith : Pour répondre à votre question, notre fédération des aînés a entrepris de créer un comité de recherche qui se penchera sur l'incidence du vieillissement au cours des cinq à dix prochaines années; nous espérons faire le gros de la recherche sur le terrain et mettre à contribution les professionnels.

La présidente : Nous avons entendu hier trois médecins qui ont d'abord voulu dissiper l'idée selon laquelle on vit plus vieux et on est assez bien nanti à la fin de sa vie. Je crois que ces médecins ont raison. Les économistes nous diraient probablement que ceux d'entre nous qui sont actuellement des aînés — à l'exception de ces deux personnes qui n'en sont pas encore à ce stade, nous sommes tous dans cette situation —, sont probablement la génération la plus privilégiée. Nos enfants et les générations futures ne disposeront peut-être pas autant d'argent que nous, à moins que nous leur en laissions.

Ils ont également dit que, compte tenu du taux d'obésité, de la multiplication des cas de diabète et du mode de vie, les programmes de prévention deviennent absolument essentiels. Nous savons tous ce que sont les budgets gouvernementaux. J'ai fait parti du gouvernement du Manitoba pendant huit ans et il est presque impossible d'obtenir des fonds pour des programmes de prévention, que ce soit pour les jeunes délinquants, les jeunes de la rue ou encore les soins de santé. C'est parce que le député pense toujours à ce qu'on va lui reprocher : la personne qui n'a pas obtenu des soins d'urgence, ou encore la personne qui n'a pas pu consulter un médecin. Il est donc normal que les élus soient attirés par des besoins immédiats et non par les besoins qui ne sont d'une part, pas quantifiables et, d'autre part, même s'ils étaient quantifiables, ce ne serait que dans dix ou 15 voire même 30 ans. Nous vivons dans le présent et non dans l'avenir.

Avez-vous des idées sur la façon dont on pourrait apporter des changements? Nous savons que c'est essentiel. Si nous voulons avoir des aînés actifs, en bonne santé et qui font du bénévolat, il faut qu'il y ait des conditions propices. Ces personnes doivent faire du bénévolat quand elles sont jeunes afin d'y prendre goût.

healthy at 80 years of age, they have to have maintained a healthy attitude; they begin to get fit as kids in school not as an 80-year-old.

I was a little depressed when my daughter, who is a teacher like you, Mr. Cormier, and like I was, told me several years ago that her fourth grader had to sit down after walking two blocks. She simply did not have the energy or the fitness to continue after two blocks. How can we change that attitude?

[Translation]

Mr. Cormier: The difference between the House of Commons and the Senate is that you are appointed, and I believe this is a good thing as long as the Senate does not become a partisan institution.

Members of the House of Commons and in our legislative assemblies are elected. They have to chase after votes, and sometimes they even manage to get a hospital built in an area where one is really not needed — I will refrain from naming such places in New Brunswick — and where existing institutions located nearby were perfectly appropriate and able to meet the needs of the population. However, it is good to talk about prevention, as you said, and prevention can be measured, but perhaps not as accurately as the opening of a large building with a ribbon-cutting ceremony.

A moment ago, you were talking about Senator Louis J. Robichaud and the fact that he created a system of equal opportunities for all. He sent at least one commissioner, I believe it was Commissioner Alexandre Boudreau, to Sweden or Finland, and this commissioner and his colleagues concluded that the province should have administrative commissions like the ones in the Scandinavian countries in, at the very least, the areas of education and health care. But it is the only which the Robichaud government did not include in its reforms. Why not? Because it would have taken away from politicians the power to authorize the building of hospitals and schools, and other such institutions, because the commission, which would have been comprised of all kinds of experts, would have studied an area's demographics, for instance, to assess areas which needed a hospital or a school. I surprise myself in regretting the fact that New Brunswick did not choose that type of political system in which politicians would have assessed a situation and adopted the appropriate budgets. However, Madam Chair, I believe that we will now be spending a lot more time trying to fix short-term needs rather than looking at adopting long-term policies.

[English]

The Chair: I like to refer to it as the "edifice complex."

[Translation]

Mr. Bélanger: Indeed, Madam Chair, you raised an important issue. Of course a government wants to get re-elected every four years. But when you talk about prevention, you are talking about

Ce n'est pas à 80 ans qu'on se met en forme : si l'on veut des aînés en bonne santé, il faut que ces derniers aient eu un mode de vie sain pendant toute leur vie. Les bonnes habitudes doivent se prendre dès le jeune âge et non à 80 ans.

Il y a quelques années, j'ai été désolé quand ma fille, qui, en passant, monsieur Cormier, est enseignante comme vous et comme je l'ai été, m'a appris que son enfant, qui était en quatrième année, devait s'asseoir après avoir marché une distance de deux rues. Ni son énergie ni sa forme physique ne lui permettaient d'en faire plus. Comment pouvons-nous changer cette attitude?

[Français]

M. Cormier : La différence entre la Chambre des communes et le Sénat, c'est que vous êtes nommés, et je crois que c'est une bonne chose pour autant que le Sénat ne devienne pas une institution partisane.

Les députés de la Chambre des communes et dans nos assemblées législatives sont élus. Ils doivent courir après des votes, et parfois même ils font construire un hôpital, là où on n'en avait pas besoin — et je ne nommerai pas d'endroits au Nouveau-Brunswick — et où il y avait quand même des établissements à côté qui étaient corrects et étaient en mesure de répondre aux besoins de la population. Toutefois, parler de prévention, comme vous le disiez, la prévention, cela se mesure, mais cela se mesure moins bien qu'un gros édifice où on va couper un ruban.

Vous avez parlé, il y a une minute, du sénateur Louis J. Robichaud, quand il a mis en place son régime de chances égales pour tous. Il envoyait au moins un des commissaires, et je crois que c'était le commissaire Alexandre Boudreau, soit en Suède ou en Finlande, et ils ont conclu que la province devrait au moins, dans les domaines tels que l'éducation et la santé — pour ne nommer que ces deux-là — avoir des commissions administratives, comme cela se faisait dans des pays nordiques. C'est la seule chose que le gouvernement Robichaud n'a pas acceptée dans sa réforme. Pourquoi? Parce que cela aurait enlevé aux politiciens la possibilité de bâtir des hôpitaux, des écoles et ainsi de suite, alors que la commission aurait été formée de spécialistes et d'experts pour étudier la démographie de la région, par exemple, pour cibler où il y a besoin d'un hôpital, d'une école, et cetera. Je me surprends à regretter le fait que le Nouveau-Brunswick n'ait pas adopté ce genre de système politique où les politiciens auraient évalué la situation et voté des budgets en conséquence. Mais, madame la présidente, je crois que nous allons passer encore beaucoup de temps à régler les besoins immédiats plutôt que d'adopter des politiques à long terme.

[Traduction]

La présidente : Moi, j'appelle cela le « complexe de l'édifice ».

[Français]

M. Bélanger : Effectivement, madame la présidente, vous avez touché un point important. C'est certain qu'un gouvernement cherche toujours à se faire réélire aux quatre ans. Mais quand on

the long term. And as far as raising awareness is concerned, you have to reach all generations. You need to raise awareness among seniors, but also among our children and grandchildren with regard to aging. We have to change people's perceptions of seniors; people perceive us as being a generation which has had everything, and because we are getting older, people think we are responsible for the cutbacks in the area of health care. People do not look at all the good we have done and they forget that seniors have contributed and are still contributing as citizens who pay their taxes, who have raised families, who have worked and who are engaged in volunteering.

We, the seniors, must also work to see how we can change, improve or influence the policies adopted by our children, and our grandchildren. We are not paying enough attention to this aspect. We must continue doing this work and we must make a priority of seniors' issues. At the same time, I believe that we must be aware of what is happening in society, because we do not know how our children, our grandchildren will take advantage of social programs or pension plans and so forth. There are fewer people working and more people in retirement, which means that many factors can come into play.

I believe that we, as seniors, can contribute to building bridges between generations. There are not enough projects, there are not enough bridges. This is another factor. It is important for us to improve the way in which future generations understand the current conditions of senior citizens. There are voters, they will also be representatives later on and all this will count in the long term. I think that trying to find a short-term silver bullet solution is very difficult.

I think that we must work on a long-term basis, we must continue educating our people, and we must continue discussing prevention. The New Horizons for Seniors Program provide small projects that give us access to funds. However, this is not enough. I mean that when we have a project for one year and when we cannot continue it the following year, we have to ask for a new project. If we can make a difference in three years, it could become an independent project. However, we cannot do that. Government programs, whether they are provincial and federal, are all the same. They all lack continuity, despite the positive results of some projects. It is difficult for us to carry on certain projects. If we want to continue getting help, we must always align with what the governments want, and not with our needs. This is what makes a difference in many sectors.

I am aware of the fact that awareness-raising and prevention issues are not easy to deal with. This is because political parties or politicians want immediate and tangible results.

The University of Moncton has reopened its Centre de recherche du vieillissement en français for the Atlantic provinces. Recently, we met some representatives of Santé en français in the Atlantic region, and the importance of research was emphasized. We often have insufficient data and not enough

parle de prévention, on parle d'un programme à long terme. En matière de sensibilisation, il y a aussi toute la question intergénérationnelle. Il faut sensibiliser nos populations, mais aussi nos enfants et nos petits-enfants au phénomène du vieillissement. Il faut changer les perceptions sur ce que nous sommes, nous, les aînés; on nous voit comme une génération qui a tout eu, et à cause du vieillissement de la population on nous croit responsables des compressions budgétaires en santé. On ne regarde pas le côté positif et on oublie que les aînés contribuent ou ont contribué comme citoyens payeurs de taxe, qu'ils ont fondé des familles, travaillé, fait du bénévolat.

De notre côté, nous les aînés, on doit aussi travailler pour voir comment on peut changer, améliorer ou influencer les politiques de nos enfants, de nos petits-enfants. On ne regarde pas assez ce côté des choses. On doit continuer à le faire et se préoccuper de la cause de nos aînés. Je crois qu'en parallèle il faut être conscient de ce qui arrive dans la société, car on ne sait pas comment nos enfants, nos petits-enfants profiteront des programmes sociaux ou de régimes de pension et ainsi de suite. Il y a moins de gens qui travaillent et plus de gens à la retraite, cela veut dire qu'il y a beaucoup de facteurs qui peuvent influencer.

Je crois que nous pouvons contribuer comme aînés à faire ces liens intergénérationnels. Il n'y a pas assez de projets, il n'y a pas assez de liens. Cela est un autre facteur. Il importe de favoriser une meilleure compréhension de la situation actuelle des aînés chez les générations futures. Ce sont des électeurs, ils seront aussi des représentants plus tard et cela compte à long terme. Je crois que si on cherche une solution miracle à court terme, elle n'est pas évidente.

Je crois qu'il faut travailler à long terme, il faut continuer d'éduquer nos gens, il faut continuer à parler de prévention. Avec le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, on a des petits projets qui nous donnent accès à des fonds. Ce n'est pas encore assez. Je veux dire, quand on a un projet une année et l'année d'après on ne peut pas le continuer, il faut en demander un nouveau. Si on peut faire une différence en trois ans, cela peut devenir un projet autonome. Mais, on ne peut pas le faire. Les programmes gouvernementaux, que ce soit au provincial ou au fédéral, sont tous pareils. Dans le sens qu'il manque de continuité, malgré des résultats positifs du projet. Nous avons de la difficulté à poursuivre certains projets. Si on veut continuer à avoir quelque chose, il faut toujours s'aligner avec ce que les gouvernements veulent, et non pas avec nos besoins. C'est cela qui fait la différence dans beaucoup de secteurs.

Je suis conscient que les questions de sensibilisation et de prévention ne sont pas évidentes parce que pour un parti politique, ou un politicien, cela ne donne pas de résultats tout de suite, ce n'est pas palpable.

L'Université de Moncton a remis sur pied le Centre de recherche du vieillissement en français pour les provinces de l'Atlantique. On a eu une réunion dernièrement avec des intervenants de *Santé en français* en Atlantique, et l'importance de la recherche est un point qui est ressorti. Il nous manque

serious in-depth studies regarding elders and francophone minorities. In some sectors, we do not have enough data to fill out the project application forms.

For instance, when dealing with poverty, we can get certain statistics, up to a certain point. We can see what percentage of elders received the Income Supplement because they are living under the poverty threshold. This is another sector that has not been dealt with. Actually, in our society, there is still widespread poverty among elders, especially women.

In New Brunswick, a study was done a few years ago that showed that 56 per cent of francophone women aged over 65 and living alone, were living under the poverty threshold. Quality food costs money and we know that this is an important component for a person's health. When they go to the grocery store, their small income forces them to make choices and all too often, housing expenses have priority over food.

In New Brunswick, there is a different factor, something our association has also looked at, the property tax assessments. We managed to get information for some cities in Quebec. Many seniors would like to continue living at home as long as possible, but on a fixed income or without an income supplement, that becomes very difficult. Real estate development that is growing in some cities or even along some coastlines is making some seniors feel forced to sell their houses. And even where?? resale value goes up, that does not help them. Every year, they have to pay a certain amount of tax, and the assessment goes up by \$200 to \$300 each year.

In cooperation with the associations, we are proposing that the government absorb those costs, then recoup the difference in tax due each year once the house is sold. In Quebec, the City of Candiac offers that option. Residents can choose that option. The option, or program, has a great deal of potential, and makes it possible for our seniors to remain independent and to keep their homes.

This committee's report is extremely interesting, and we hope that the government will make the necessary efforts to implement its recommendations. That will not happen automatically, of course.

[English]

The Chair: Mr. Smith, I read your brief and would like to address the issues of people living in nursing homes in terms of whether we need some type of — I do not like calling them patients — client bill of rights when they go into a long term care facility.

Mr. Smith: Yes, there should be some sort of patient bill of rights to protect the rights of those people going into homes. It does not exist presently, but there is always the possibility of abuse. Therefore, it is very important.

souvent des données, des études rigoureuses qui approfondissent les sujets relatifs aux aînés et aux minorités francophones. Il nous manque des données dans certains secteurs pour compléter les demandes de projet.

Prenons le phénomène de la pauvreté. On peut aller chercher certaines statistiques, mais jusqu'à une certaine limite; on peut voir le pourcentage des aînés qui reçoivent le Supplément du revenu garanti parce qu'ils vivent sous le seuil de la pauvreté. Cela est un autre secteur qu'on n'a pas touché. C'est une réalité dans la société. On a encore beaucoup de pauvreté chez nos aînés, surtout les femmes.

Au Nouveau-Brunswick, on a fait une étude il y a quelques années qui démontrait que 56 p. 100 des femmes francophones de 65 ans et plus, qui vivaient seules, vivaient sous le seuil de pauvreté. Il y a un prix à payer pour de la nourriture de qualité et nous savons tous que cela fait partie d'un déterminant de santé important. Quand ils arrivent à l'épicerie, leur peu de revenu les incite à faire des choix et souvent, ce sont les dépenses relatives au logement qui prennent le dessus sur la nourriture.

Il y a un autre facteur au Nouveau-Brunswick, et notre association l'a un peu regardé aussi, ce sont les évaluations des taxes foncières. Il y a certaines villes au Québec où on a réussi à recevoir de l'information. Beaucoup d'aînés aimeraient demeurer dans leur maison le plus longtemps possible, mais sans revenu fixe ou de supplément de revenu, c'est très difficile. Le développement immobilier à la hausse dans certaines villes ou même d'un secteur côtier, fait que les aînés se sentent obligés de vendre leur maison. Même si la valeur de revente augmente, cela ne les aide pas. Chaque année ils doivent payer un certain montant de taxe et l'évaluation augmente annuellement de 200 \$ à 300 \$.

En collaboration avec le milieu associatif, on propose au gouvernement d'absorber ces coûts, et lorsque la maison est vendue, qu'il puisse récupérer la différence de la taxation comme montant chaque année. Au Québec, la ville de Candiac a offert ce programme. La personne a le choix de prendre ce programme. Ce programme a beaucoup de potentiel et permet à nos aînés de rester autonomes et de garder leur maison.

Le rapport de ce comité est très intéressant et nous espérons que le gouvernement fera tous les efforts nécessaires pour adopter ses recommandations. Ce n'est pas évident, ce n'est pas automatique.

[Traduction]

La présidente : Monsieur Smith, j'ai lu votre mémoire et j'aimerais aborder le sujet des personnes vivant dans des hospices et de l'éventuelle nécessité d'une charte des droits du client, car je n'aime pas le terme patient, à l'intention des établissements de soins à long terme.

M. Smith : Oui, nous devrions disposer d'un genre de charte des droits du patient afin de défendre les droits des personnes vivant dans des hospices. Ce moyen n'existe pas actuellement et il y a toujours la possibilité de mauvais traitements. C'est donc très important.

The Chair: At one point if you had to put your loved one into a long-term personal care facility, often a member of the family was close by who could monitor the care and visit on a regular basis. That is becoming less possible as the country has become more mobile. The situation most recently in Newfoundland is that you have people living in the outports still, but they are all very old. Their young people are out in Fort McMurray earning incomes. This is changing a little bit, but it is still dominant in this part of the country — and I have to admit my bias; although I come from Manitoba now, I was born and raised in Nova Scotia, and my mother's name was Martelle, so that should make you people feel more comfortable. The reality is that I am very concerned about the patient, or the client, who does not have an advocate. What happens in that case?

Mr. Smith: You are quite right in the sense that because of the mobility of the population is having an effect. If you go back 30 or 40 years, the family was there to support the elderly person. Now they are sort of left on their own, and they become very isolated. It affects not only their physical well-being but also their mental well-being, and it is an area that needs to be addressed.

Ms. Cassista: This is one of my areas of expertise; I work a lot with folks in the nursing homes. That is why seniors want to remain in their home as long as they can. Unfortunately in New Brunswick, we have 62 nursing homes with approximately 4,000 beds that care for level three and up. However, we also have special-care homes. These are mostly homes that people opened up to seniors in 1997 when the post-mortem was put on beds. When I came to New Brunswick four and a half years ago, I found in my research that, for the most part, they were not licensed. Many unlicensed special-care homes still exist.

That has been the thrust of our coalition in making recommendations to the government, and we were actually part of the stakeholders that developed the long-term care strategy. However, it is short; it does not have an actual plan, so we have a long way to go. In the four and a half years that I have been here, along with the coalition, we have made some progress in terms of long-term care for seniors. We were at the bottom of the list. We had the liquid asset that was being gouged by seniors when they went into nursing homes. That has been done away with now, and it is based on income.

Nursing homes, for the most part, are short staffed, and there is a high turnover of staff because of inadequate wages and training. Those people that are in residence — we call them residents, not clients or patients — in nursing homes are there because they are frail or ill, and they cannot live at home any longer. We do not have 24-hour care in New Brunswick for people to live in their homes. There is a shortfall of that. In New Brunswick, the government contracts out home care services to agencies and to the Red Cross at \$13.64 an hour, so the staff are only getting about \$8 or \$9 an hour and are working 15 to 20 hours a week. Thus, we have a retention and training

La présidente : À une époque, si on devait placer un parent dans un hospice, il y avait souvent un membre de la famille qui vivait tout près et qui pouvait surveiller les soins prodigués et lui rendre visite régulièrement. C'est de moins en moins possible car les Canadiens deviennent de plus en plus mobiles. À Terre-Neuve, il y a toujours des habitants dans les petits villages isolés, mais ce sont des personnes très âgées. Les jeunes sont à Fort McMurray en train de gagner de l'argent. Les choses commencent à changer, mais c'est toujours la tendance dominante dans cette région... et je dois vous avouer mon parti pris, car même si je viens du Manitoba, je suis née et j'ai été élevée en Nouvelle-Écosse, et le nom de fille de ma mère était Martelle, ce qui devrait vous rassurer un tantinet. Il demeure que je suis très inquiète pour le patient ou le client qui n'a pas de défenseur. Qu'arrive-t-il dans de tels cas?

M. Smith : Vous avez tout à fait raison de dire que la mobilité de la population a des conséquences. Si l'on remonte à il y a 30 ou 40 ans, la famille entourait les aînés. Maintenant, les aînés sont plus ou moins délaissés et se retrouvent très seuls. Ils en souffrent non seulement sur le plan physique mais également sur le plan psychologique et c'est un problème sur lequel on doit se pencher.

Mme Cassista : C'est un des domaines où j'ai une certaine expérience; je fais beaucoup de travail avec les personnes placées dans des hospices. C'est la raison pour laquelle les aînés souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible. Malheureusement, nous avons 62 hospices au Nouveau-Brunswick dotés d'environ 4 000 lits offrant des soins à partir du niveau 3. Toutefois, nous avons également des foyers de soins spéciaux. Il s'agit surtout de foyers qui ont ouvert leurs portes aux aînés en 1997 lorsqu'il y a eu un moratoire sur les places. Lorsque je suis arrivée au Nouveau-Brunswick il y a quatre ans et demi, mes recherches ont révélé que dans la plupart des cas, ces établissements n'avaient pas de permis. Il existe toujours beaucoup de foyers de soins spéciaux qui n'ont pas de permis.

C'est ce qui a motivé notre coalition dans ses recommandations au gouvernement, et nous étions parmi les intervenants qui ont élaboré la stratégie visant les soins à long terme. Toutefois, la stratégie n'est pas dotée d'un plan et il nous reste un bon bout de chemin à faire. Depuis quatre ans et demi, moi-même, ainsi que la coalition, avons réalisé certains progrès en ce qui concerne les soins à long terme offerts aux aînés. Nous étions au bas de la liste. Les aînés qui étaient admis dans les foyers de soins se faisaient prendre leurs avoirs liquides. Ce n'est plus le cas maintenant, et la facture est établie en fonction du revenu.

Pour la plupart, les foyers manquent de personnel et il y a un roulement très élevé des employés en raison de l'insuffisance de la rémunération et de la formation. Les résidents des foyers, car nous les appelons ainsi plutôt que clients ou patients, ont été admis parce qu'ils sont frêles ou malades et ne peuvent plus vivre chez eux. Au Nouveau-Brunswick, nous n'offrons pas de soins 24 heures sur 24 aux personnes vivant chez elles. C'est un besoin à combler. Au Nouveau-Brunswick, le gouvernement a conclu des contrats visant les soins à domicile avec des agences et la Croix-Rouge en prévoyant un taux de 13,64 \$ l'heure, ce qui fait que les employés ne reçoivent que 8 ou 9 \$ l'heure et font de 15 à

problem in this province. Many seniors in nursing homes do not have loved ones to care for them. I experienced that last year when my own mother, for a very short period, lived in a nursing home. Other residents shared the room with her, and their family members were nowhere to be found. I then became an advocate for those people because their food was cold, the room was dirty and so on, and that still exists in this province. We tell the government, and this government wants to continue to do the investigation themselves. Therefore, we support the ombudsman's recommendation that all complaints and investigations should be done through his office. That is one of the issues that we continue to advocate, and we believe that the bill of rights should be similar to Ontario's bill of rights. We have a long way to go in New Brunswick with long-term care.

[Translation]

Mr. Cormier: Madam Chair, I would like to say how frustrated I am about the scope of this issue. If the province was last on the list, or close to that, it would still be seventh — in spite of all the improvements made to the program in the past year or two. People were being bled white, not only residents of seniors' residences, who were being asked to pay \$54,000 to \$75,000 a year, but also their parents and spouses when the residents themselves did not have a high enough income. Many people ended up at a level of poverty they would never have experienced if they did not have seniors requiring the care that the residences provide. For example, one of our members, whose husband was a university professor, had to pay all of her pension and part of her personal income. She had opened a small business in Fredericton, but had to shut it down because she went bankrupt. At present, she is over 65 and is now teaching in China for \$800 a month to cover all the expenses engendered by the ridiculous costs levied on residents. Doing this to people who have aged and who have built this province is a terrible thing. What is even more dreadful is that New Brunswick had appointed a council of seniors, whose chair said that we could not ask the government to improve conditions because it would cost too much. Fortunately, the government fired her and her entire council, and appointed a minister responsible in the council's place. The province even has a number of seniors' organizations, and what is very frustrating is that they said the government did not have the means to improve conditions. So as long as seniors' organizations do not pull together, we will never get anywhere. That is one of the reasons for which the coalition was established in 2004, and for which it will stay. The coalition's 54 member organizations monitor the government closely, and act as a watchdog. We are going to continue to do that work.

Mr. Bélanger: During last year's consultations on social development for seniors, another issue was raised: that of greater seniors' involvement on the evaluation committee. In Quebec, there is a program called "Rose." I do not recall the name of the other program under which seniors assessed care

20 heures par semaine. Notre province a donc un problème de rétention et de formation. Bon nombre des aînés placés dans des foyers n'ont pas de proches pour s'occuper d'eux. Je l'ai vu l'année dernière lorsque ma mère a été placée dans un foyer pendant une période très courte. D'autres résidents partageaient sa chambre, et je ne voyais jamais les membres de leur famille. Je suis devenue la voix de ces personnes parce que leur nourriture était froide, la chambre était sale et ainsi de suite. C'est un problème qui existe toujours dans ma province. Nous en informons le gouvernement, et le gouvernement continue de dire qu'il enquêtera lui-même. Nous appuyons donc la recommandation de l'ombudsman comme quoi toutes plaintes ou enquêtes devraient se faire par l'entremise de son bureau. C'est l'une de nos revendications et nous croyons que la charte des droits de notre province devrait être semblable à celle de l'Ontario. Le Nouveau-Brunswick accuse un retard énorme en ce qui concerne les soins à long terme.

[Français]

M. Cormier : Madame la présidente, vous me permettez d'exprimer ma frustration devant l'ampleur de ce sujet. Si la province était au dernier rang, ou tout près, elle serait encore au septième rang, malgré toutes les améliorations qui ont été apportées au programme depuis un an ou deux. On égorgeait magistralement non seulement les résidents des centres d'hébergement en leur demandant de payer entre 54 000 \$ et 75 000 \$ par année, mais aussi les parents et les conjoints, si le résident n'avait pas assez de revenu. Cela crée chez plusieurs personnes une pauvreté qui n'existait pas avant que ces gens aient besoin d'aller dans des foyers de soins. Par exemple, pour une de nos membres dont le mari était un professeur d'université, cela prenait toute sa pension et une partie de ses revenus personnels; elle a ouvert un petit commerce à Fredericton, et elle a dû fermer parce qu'elle a fait faillite. Elle est âgée de plus de 65 ans, et à l'heure actuelle, elle enseigne en Chine pour un salaire de 800 \$ par mois, pour essayer de payer toutes les dépenses qui ont été occasionnées par les prix fous qu'on exigeait des résidents. C'est terrible qu'on fasse cela à des gens qui ont vieilli, qui ont bâti la province. Ce qui était plus terrible, c'est que le Nouveau-Brunswick avait nommé un conseil des aînés, et la présidente disait qu'on ne pouvait demander au gouvernement d'améliorer les conditions, cela coûtait trop cher. Heureusement, le gouvernement l'a mis à la porte avec tout son conseil et a nommé un ministre responsable à la place. Il y a même des organismes d'aînés dans la province, et cela est frustrant, qui disaient que le gouvernement n'avait pas les moyens d'améliorer les conditions. Alors, tant et aussi longtemps que tous les organismes d'aînés ne feront pas cause commune, on n'y arrivera pas. C'est une des raisons pour lesquelles la coalition a été formée en 2004 et qu'elle ne fermera pas ses portes. Les membres de la coalition, soit 54 organisations membres, surveillent le gouvernement de près et agissent comme chien de garde. Nous entendons continuer le travail en ce sens.

M. Bélanger : Concernant un autre aspect de la question des aînés, on a proposé dans les consultations qu'on a faites l'année passée au niveau du développement social ou le secteur des aînés, d'avoir plus de prises en charge des aînés au niveau du comité d'évaluation. Au Québec, ils ont le programme appelé « Rose »,

centres, and other seniors were able to apply the knowledge from their once-practised professions in various areas, ranging from construction to medicine. The government gives these groups a subsidy, commissions are struck, and these commissions, rather than the public servants, are responsible for evaluation. I am not saying that departmental officials do not do their jobs, and I give them the benefit of the doubt — but I believe that a senior who has expertise in any one of a wide range of areas could do a very good evaluation and make recommendations. Quebec has such a program but I believe that the government withdrew it from the FADOQ. It appears that the government is in negotiations with the FADOQ once again because they have done an excellent job. The evaluation was carried out by seniors, for seniors, and dealt with what happens in care centres and old-age homes. In New Brunswick, the issue has been discussed, but there was never any response.

[English]

Senator Mercer: The University of Moncton has a medical school now, and sometimes I think we forget that; I am from Halifax, so I am not that far away, and I should remember. How long has the school been functioning? How many students are enrolled? How many graduates have they produced, and do we know where the students come from who are being educated there? You may not have the knowledge for these questions.

[Translation]

Mr. Bélanger: The school is in its second or third year. It is a new school of medicine at the University of Moncton, and is under the supervision of the University of Sherbrooke because the University of Moncton does not have all of the necessary elements. We hope that over the years, they will be able to accumulate the necessary tools. This means that students are graduates of the University of Sherbrooke, but the school is based in Atlantic Canada, which is where most students, approximately 30 who return each year, originate. There are perhaps a few students from Quebec, but to my knowledge, there are not many. The idea was to train doctors in the Atlantic region so that they remain there to practise their profession.

Earlier, we spoke extensively about linguistic minorities. I would like to point out that in New Brunswick, harmony between anglophones and francophones has improved significantly over the years. There is better understanding between these two cultures, these two languages. We have achieved a lot of progress because anglophone and francophone groups make up the coalition. When there are common issues to discuss with the government, we all work together. Therefore, there is a certain level of harmony. The role of our association is really to defend rights and interests, because bilingual organizations do not defend linguistic or cultural rights. I respect this. This is exactly why we were formed in 2000. Seniors had no one representing nor defending their rights and interests.

je ne me souviens pas de l'autre, où des aînés font l'évaluation des foyers de soins d'autres aînés qui ont eu des professions dans différents domaines, allant de la construction au domaine médical. Le gouvernement leur donne une subvention, et il y avait des commissions de personnes qui étaient identifiées, et c'est eux qui faisaient l'évaluation et pas les fonctionnaires. Je ne dis pas que les fonctionnaires ne font pas leur travail, je leur donne le bénéfice de doute, mais, je pense qu'un aîné, qui a vraiment des compétences dans différents domaines, pourrait faire un beau travail d'évaluation et faire les recommandations. La province de Québec a ce programme, mais je crois que le gouvernement l'a enlevé à la FADOQ. Il semblerait que le gouvernement soit en train de négocier avec la FADOQ de nouveau parce qu'ils font un excellent travail. Il y avait au moins un aperçu réel par les aînés, pour les aînés, sur ce qui se passe dans les foyers de soins et les foyers privés. Au Nouveau-Brunswick, on en a parlé, mais on n'a jamais eu de réaction sur le sujet.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : L'Université de Moncton a maintenant une faculté de médecine et je crois que c'est quelque chose que nous oublions. Moi-même, je suis natif de Halifax, qui n'est pas très loin, et je devrais m'en rappeler. Depuis quand la faculté existe-t-elle? Combien d'étudiants y sont inscrits? Quel est le nombre de diplômés de cette faculté et d'où viennent les étudiants qui y font leurs études? Vous n'êtes peut-être pas en mesure de répondre à ces questions.

[Français]

M. Bélanger : L'école en est à sa deuxième ou troisième année. C'est une nouvelle école de médecine à l'Université de Moncton, qui est sous la supervision de l'Université de Sherbrooke, parce que l'Université de Moncton n'a pas tous les éléments nécessaires. On espère qu'avec les années ils les auront, cela veut dire qu'ils vont être diplômés de l'Université de Sherbrooke, mais l'école est basée en Atlantique et tous les étudiants qui en font partie, soit une trentaine qui reviennent chaque année, viennent des provinces atlantiques. Il y en a peut-être quelques-uns du Québec, mais à ma connaissance pas beaucoup. L'idée, c'était de former des médecins en Atlantique, pour qu'ils y restent et y pratiquent leur profession.

Tantôt, on a beaucoup parlé des minorités linguistiques. J'aimerais souligner qu'au Nouveau-Brunswick, l'harmonie entre anglophones et francophones s'est beaucoup améliorée avec les années. Il y a davantage de compréhension entre les deux cultures, les deux langues. On a fait beaucoup de progrès, car les groupes anglophones et francophones font partie de la coalition. Lorsqu'on a des situations communes à traiter avec le gouvernement, on les traite ensemble. Donc, il y a une certaine harmonie. Le rôle de notre association, c'est vraiment de défendre les droits et les intérêts, parce que les organismes bilingues ne défendent pas les droits linguistiques et culturels. Je respecte cela. C'est pour cela qu'on existe depuis 2000, parce que nos aînés n'avaient personne pour défendre leurs droits et leurs intérêts.

I would also like to point out the disappointment felt by francophones with respect to the abolition of immersion programs in New Brunswick. The government recently made cutbacks, and following a school system evaluation, decided to abolish the early immersion program that starts in kindergarten and lasts until grade 6. People find this deplorable because the program made anglophones more aware of the cause of francophones in New Brunswick.

That study did not evaluate the impact of abolishing the program. Early French immersion fosters better understanding of the francophonie in New Brunswick from the perspective of parents as well as children. There has been progress and improvement in New Brunswick. There is a much higher level of harmony, that we hope will continue and improve and serve as an example for the rest of Canada. And why not?

[English]

Mr. Smith: To answer the question on the medical school, I think this is the second year for the University of Moncton. There is a plan in place to institute an anglophone medical training facility in Saint John, New Brunswick, and this will be affiliated with Dalhousie. My understanding is that the government hopes to have this up and running within the next two years.

In closing, we have a question for the committee. We think the report is an excellent report. However, most of our services for seniors in New Brunswick are provided by the provincial government. Is there a plan in place, on the completion of this report to pull the provinces into your recommendations, and just how do you visualise this happening?

The Chair: We have tried to meet with the provinces. Yesterday we met with the department of finance from the Province of Nova Scotia, for example. Clearly, our mandate is primarily federal, how we can make the federal government understand its greater responsibility to an aging society in Canada. Some of the recommendations, hopefully, will provide additional funding for the provinces, who can then direct those dollars to the seniors. It is not our intention to try to direct services at the federal level. We do not think that will work, that the closer a government is to the people, the more likely those services will be delivered in ways that are responsive to the needs of those people. However, we do recognize that it is the federal government these days who has the bulk of the dollars.

If we were to have, for example, a national home care program, a national prescription program and additional benefits for seniors; if we were even to ensure that all seniors collected all the federal money that they, in fact, are in entitled to — because we know there are seniors who are not collecting the Canada Pension Plan and that there are seniors who are entitled to the Guaranteed Income Supplement that are not receiving it — if we could even make those types of changes, then it would make it easier, we believe, for the provincial governments to deliver the essential services required for the seniors of this country. That is the thrust

J'aimerais aussi souligner la déception des francophones en ce qui concerne l'abolition des cours d'immersion au Nouveau-Brunswick. Le gouvernement a fait des compressions budgétaires dernièrement, et après une évaluation scolaire ils ont aboli le programme précoce d'immersion de la maternelle à la sixième année. On trouve cela vraiment déplorable parce que ce programme a sensibilisé les anglophones à la cause des francophones au Nouveau-Brunswick.

Dans cette étude, on n'a pas évalué l'impact de l'abolition du programme. Une immersion précoce au français favorise une meilleure compréhension de la francophonie au Nouveau-Brunswick tant du point de vue des parents que des enfants. Il y a quand même eu beaucoup d'amélioration au Nouveau-Brunswick. Il y a beaucoup plus d'harmonie et on espère que cela va continuer en s'améliorant, pour devenir un exemple pour le reste du Canada. Et pourquoi pas?

[Traduction]

M. Smith : Pour répondre à votre question sur la faculté de médecine, je crois que c'est la deuxième année pour l'Université de Moncton. Il existe un plan pour créer un centre de formation médicale anglophone à Saint John, Nouveau-Brunswick, et ce centre sera affilié à l'Université Dalhousie. Je crois comprendre que le gouvernement espère que tout sera mis sur pied d'ici deux ans.

Pour conclure, nous avons une question à poser au comité. Nous trouvons le rapport excellent. Toutefois, c'est le gouvernement provincial qui fournit la plupart des services aux personnes âgées au Nouveau-Brunswick. Prévoyez-vous, une fois ce rapport terminé, inclure les provinces dans vos recommandations? Comment envisagez-vous que cela se fasse?

La présidente : Nous avons tenté de rencontrer les provinces. Hier, nous avons rencontré le ministère des Finances de la Nouvelle-Écosse, par exemple. Évidemment, notre mandat est surtout fédéral, c'est-à-dire de faire comprendre au gouvernement fédéral qu'il a une grande responsabilité envers une société vieillissante au Canada. Nous espérons que certaines des recommandations accorderont aux provinces du financement supplémentaire qui leur permettront d'acheminer ces dollars aux personnes âgées. Notre intention n'est pas de diriger les services au niveau fédéral. Nous ne croyons pas que cela puisse fonctionner. Nous considérons que plus un gouvernement est proche des gens, plus il est probable que ces services soient offerts d'une façon qui réponde aux besoins de ces gens. Nous reconnaissons néanmoins que c'est le gouvernement fédéral qui a le plus d'argent.

Si nous devons avoir, par exemple, un programme national de soins à domicile, un programme national d'assurance-médicaments et d'autres prestations pour les personnes âgées; si nous pouvions même nous assurer que toutes les personnes âgées perçoivent l'argent du fédéral auquel elles ont droit — car nous savons qu'il y a des personnes âgées qui ne perçoivent pas le Régime de pensions du Canada et d'autres qui sont admissibles au Supplément de revenu garanti et qui ne le reçoivent pas — si nous pouvions apporter ce type de changements, nous croyons qu'il serait plus facile pour les

of where we are coming from. We hope that we can table our final report on September 30. Maybe it will be grist for the next election campaign.

I want to thank Mr. Smith, Mr. Cormier, Mr. Bélanger and Ms. Cassista for their presentations this morning.

Senators, we have two groups of witness joining us now: Dennis Driscoll, Chair of the Veterans and Seniors Committee with the Royal Canadian Legion, New Brunswick Command; from the First Nations and Inuit Health Branch we have Debra Keays-White, Regional Director of the Atlantic Region; Wade Were, Acting Senior Advisor of Policy and Strategic Planning; and Peter McGregor, Special Advisor, Home and Community Care. Welcome to all of you, and we will begin with Mr. Driscoll.

Dennis Driscoll, Chair, Veterans and Seniors Committee, The Royal Canadian Legion, New Brunswick Command: It is with great interest that myself and members of the New Brunswick command perused your report. I did outline in writing a few summary talking points. The first one is the identification of seniors. Throughout the report, seniors are identified as individual groups, such as ethnic, geographical, employment related or condition of health. Seniors are seniors and should be simply age-defined with a base being determined if required. This refers to silo groups, and as long as that type of thinking is there, national policies, long term strategies and so on are very difficult to implement.

With respect to one voice for all, a national committee on ongoing seniors' service issues should be developed with a strategy to ensure that all seniors in Canada receive the same services. Again, this was approached a number of years ago. I sat on the committee of the Royal Canadian Legion, Demeaning Command. We put a variety of groups together and tried to come up with the same ideas. At that time, it was not workable; I still believe that it is workable in the long term, although, it will require a lot of direction.

On addiction and seniors, identification of seniors for financial benefit through government programs that operate casinos, lotteries, liquor control boards impacts a percentage of the senior population in a negative manner. Seniors should be removed from this target audience. I believe we have all seen the big casino blurb that comes on television and invariably shows a bus of seniors or an ethnic group that is trying to raise money, and it is identified that way. This is becoming more of a problem; it is a hidden problem for seniors. Typically, "Nanny" goes to bingo, and before you know it, she is spending \$400 a week for bingo. Therefore, even though she has resources, the resources become depleted, and it creates different problems.

gouvernements provinciaux de fournir les services essentiels dont ont besoin les personnes âgées de notre pays. Voilà l'essentiel de notre position. Nous espérons pouvoir déposer notre rapport final le 30 septembre. Peut-être que ce sujet alimentera la prochaine campagne électorale.

J'aimerais remercier M. Smith, M. Cormier, M. Bélanger et Mme Cassista de leurs exposés ce matin.

Sénateurs, nous avons maintenant deux groupes de témoins qui vont se joindre à nous : M. Dennis Driscoll, président du Comité des anciens combattants et des aînés de la Légion royale canadienne, direction du Nouveau-Brunswick; de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, nous avons Debra Keays-White, directrice régionale pour la région atlantique; Wade Were, conseiller principal par intérim en Politiques et Planification stratégique; et Peter McGregor, conseiller spécial, Soins à domicile et communautaires. Bienvenue à tous, et nous débiterons avec M. Driscoll.

Dennis Driscoll, président, Comité des anciens combattants et des aînés, la Légion royale canadienne, direction du Nouveau-Brunswick : Les membres de la direction du Nouveau-Brunswick et moi-même avons consulté votre rapport avec grand intérêt. J'ai noté quelques points de discussion. Le premier point que je souhaite soulever est l'identification des personnes âgées. Tout au long du rapport, les personnes âgées sont identifiées en groupes individuels, soit ethnique, géographique, lié à l'emploi ou aux conditions de santé. Les personnes âgées sont des personnes et ne devraient pas être définies que par l'âge avec une base de référence au besoin. Cela fait référence à des groupes compartimentés, et tant que cette façon de penser persistera, les politiques nationales, les stratégies à long terme, et cetera, seront difficiles à mettre en œuvre.

Pour faire entendre une voix unanime, il faudrait créer un comité national sur des questions relatives aux services aux personnes âgées assorti d'une stratégie pour s'assurer que toutes les personnes âgées au Canada reçoivent les mêmes services. On l'a envisagé il y a quelques années. J'ai siégé au Comité de la Légion royale canadienne, direction nationale. Nous avons réuni différents groupes et avons essayé de trouver des idées semblables. À l'époque, ce n'était pas réalisable. Je crois toujours que c'est réalisable à long terme, mais cela exigera beaucoup de direction.

A propos de la toxicomanie et des personnes âgées, un pourcentage de la population âgée est dépeint négativement étant la cible de gains financiers grâce aux programmes gouvernementaux qui exploitent les casinos, les loteries, et les régies des alcools. Il faut retirer les personnes âgées de ce public cible. Je suis sûr que nous avons tous vu les annonces pour les casinos à la télévision qui montrent des autobus de personnes âgées ou un groupe ethnique qui tentent de lever des fonds, et c'est identifié de cette façon. Le problème gagne en importance et les personnes âgées n'en ont pas connaissance. Typiquement, « Georgette » va au bingo, et dans le temps de le dire, elle dépense 400 \$ par semaine au bingo. Par conséquent, même si elle a des ressources, elle les épuise et cela crée divers problèmes.

The issue of securities and seniors has really come to light in the last little while. A panel or some form of recourse should be implemented to deal with investments that have questionably depleted the capital. Many cases are currently documented, and there is no recourse at the present time — it is investor beware only. We hear many stories throughout the Royal Canadian Legion where there is a type of affinity investment being done. Someone will come in to an organization, to a sports group with an investment strategy and all of the sudden the whole group goes for that investment strategy and the capital is depleted leaving seniors with nothing. They are the first target. There does not seem to be any recourse in these cases.

Atlantic Canada right now is heading into an economic boom. Many parts of Canada have seen economic growth leading to higher property taxes, food costs, et cetera, and the list grows. The first line of impact in many cases is the senior population. Offset taxation for homeowners could keep seniors in their homes longer. An arrears account could be implemented with the value paid upon disposition of the property. I listened with interest as the previous speakers identified those types of issues.

You have already gathered a massive amount of information, and you are to be commended for that. These were simply areas that were prominent when reading the second interim report and that we would like to discuss with you. I thank you very much for your time Madame Chair.

The Chair: Thank you very much. Amongst your points were issues that we have not targeted, so I appreciate that very much.

[Translation]

Debra Keays-White, Regional Director, First Nations and Inuit Health Branch, Atlantic Region, Health Canada: Madam Chair, I want to thank the committee for the opportunity to inform you of our work in the Atlantic region and to share with you some of the challenges that we and our First Nation and Inuit clients experience.

Together with First Nations and Inuit organizations and communities, our office carries out many activities aimed at helping people stay healthy and preventing chronic and contagious diseases. Most of our efforts may be considered “upstream” and largely focus on the younger residents of reserves and Inuit communities.

La question des valeurs mobilières et des personnes âgées prend de l'ampleur depuis un certain temps. Il faudrait créer un groupe qui offre des recours pour traiter des questions d'investissements qui ont épuisé le capital de départ de façon douteuse. On a documenté plusieurs cas, et il n'existe pas encore de recours — c'est à l'investisseur de prendre garde. Nous avons entendu plusieurs histoires à la Légion royale canadienne et il semblerait que la tendance soit l'investissement par affinité. Quelqu'un se présente à une organisation, à un groupe sportif, avec une stratégie d'investissement et tout à coup le groupe au complet adopte cette stratégie d'investissement et le capital est épuisé, ce qui laisse les personnes âgées démunies. Elles sont la cible principale. Il ne semble pas qu'il y ait de recours possibles dans ces cas-là.

Le Canada atlantique connaît présentement un boom économique. On a pu constater dans différentes régions du Canada qu'une croissance économique entraîne une augmentation des impôts fonciers, du coût des aliments, et cetera, et la liste s'allonge. La plupart du temps, les personnes âgées sont les premières à en subir les contrecoups. Une compensation de l'imposition pour les propriétaires permettrait aux aînés de demeurer chez eux plus longtemps. Un compte d'arriérés pourrait être mis en œuvre et sa valeur serait payée après disposition de la propriété. J'ai écouté avec intérêt lorsque les intervenants précédents ont identifié ce type de problème.

Vous avez déjà recueilli une quantité énorme d'informations, et je vous en félicite. Ce dont je viens de vous parler n'étaient que des points qui m'ont sauté aux yeux lorsque j'ai lu votre deuxième rapport provisoire dont je souhaitais discuter avec vous. Je vous remercie beaucoup du temps que vous m'avez accordé, madame la présidente.

La présidente : Merci beaucoup. Vous avez soulevé des questions que nous n'avions pas abordées, donc je l'apprecie beaucoup.

[Français]

Debra Keays-White, directrice régionale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Atlantique, Santé Canada : Madame la présidente, permettez-moi de remercier le comité de m'avoir permis de vous renseigner sur le travail que nous accomplissons dans la région de l'Atlantique et de vous faire part de certains défis que nos clients membres des Premières nations et des Inuits et nous-mêmes devons relever.

Notre service entreprend, de concert avec des organisations et communautés des Premières nations et des Inuits, de nombreuses activités qui visent à aider les membres de la population à demeurer en bonne santé et à prévenir les maladies chroniques et contagieuses. On pourrait considérer que nous travaillons « en amont » et que nos efforts visent surtout les jeunes résidents des réserves et des communautés Inuits.

The federal government provides these health services on the basis of policy and historical practice and supports the provincial and territorial government to provide health services to all Canadians including aboriginal people.

[English]

In the Atlantic region, there are 33 First Nations and 5 Inuit communities geographically dispersed across our four provinces. Communities range in size from about 50 to over 3,000 residents. Most communities have less than 500 residents. There are 23,000 community residents in total in the Atlantic region, and the Atlantic region's budget for managing First Nations and Inuit health programming is approximately \$90 million.

We offer a wide range of community and public programs, which largely focus on children and youth, mental health and addictions, chronic disease and injury prevention, communicable disease control and environmental health.

Health Canada also manages the Non-Insured Health Benefits Program. In the Atlantic region, this program serves approximately 40,000 eligible First Nations and Inuit of which 14 per cent are 55 years of age or older. In the Atlantic region, we spend approximately \$32 million in benefits, which include prescription drugs, eyeglasses, dental care, medical transportation, and others of importance to seniors and younger clients.

In terms of primary care, the Atlantic region has a limited role. We have an oral health program and a home and community care program. Primary care is generally the responsibility of the four provincial governments.

Our programs are generally delivered by First Nations and Inuit communities or organizations that have a high degree of autonomy and flexibility in how they manage their Health Canada program funding and how they deliver services. The Labrador Inuit operate under a self-government arrangement, while many First Nations operate under transferred authorities.

The Home and Community Care Program is our program that primarily focuses on the elderly. Last year, 56 per cent of the 1,243 First Nations and Inuit clients accessing this program were 55 years of age or older.

Our annual regional budget for home and community care for First Nations is approximately \$5 million or 6 per cent of our regional budget. The communities' home care budgets range in size from \$13,000 to \$544,000. Due to small populations, more than a third of communities receive less than \$55,000 annually.

Le gouvernement fédéral assure ces services de santé en se fondant sur des politiques et des pratiques établies depuis longtemps, et il aide les provinces et les territoires à dispenser des services de santé à tous les Canadiens, y compris les Autochtones.

[Traduction]

Dans la région de l'Atlantique, il y a 33 Premières nations et cinq collectivités inuites dispersées géographiquement sur nos quatre provinces. La taille des collectivités varie de 50 à plus de 3 000 résidents. La plupart des collectivités ont moins de 500 résidents. Au total, il y a 23 000 résidents dans ces collectivités pour la région de l'Atlantique, et le budget de la région de l'Atlantique pour la gestion des programmes de santé pour les Premières nations et les Inuits est d'à peu près 90 millions de dollars.

Nous offrons un large éventail de programmes communautaires et publics, qui ciblent surtout les enfants et les jeunes, la santé mentale et la toxicomanie, les maladies chroniques et la prévention de blessures, la lutte contre les maladies transmissibles et la santé environnementale.

Santé Canada gère aussi le Programme des services de santé non assurés. Dans la région de l'Atlantique, ce programme vient en aide à environ 40 000 membres admissibles des Premières nations et des Inuits qui sont, à 14 p. 100, âgés de 55 ans ou plus. Dans la région de l'Atlantique, nous dépensons près de 32 millions de dollars en services divers qui comprennent les médicaments délivrés sur ordonnance, les soins de la vue, les soins dentaires, le transport pour l'obtention de soins médicaux et autres services qui intéressent les aînés et les jeunes clients.

La région de l'Atlantique joue un rôle restreint en matière de soins primaires. Nous mettons en œuvre un programme d'hygiène buccodentaire et un programme des soins à domicile et en milieu communautaire. Les soins primaires relèvent généralement des quatre gouvernements provinciaux.

Nos programmes sont généralement mis en œuvre par des communautés ou des organisations des Premières nations et des Inuits qui bénéficient d'une grande souplesse et d'une grande autonomie dans leur façon de gérer les fonds affectés au programme de Santé Canada et d'offrir des services. Les Inuits du Labrador sont visés par une entente d'autonomie gouvernementale alors que de nombreuses communautés des Premières nations ont conclu des ententes de transfert.

Le Programme des soins à domicile et en milieu communautaire met l'accent sur les besoins des aînés. L'an dernier, 56 p. 100 des 1 243 clients des Premières nations et des Inuits qui se sont prévalus de ce programme étaient âgés de 55 ans ou plus.

Le budget affecté annuellement aux soins à domicile et en milieu communautaire dispensés aux Premières nations s'élève à environ 5 millions de dollars, soit 6 p. 100 de notre budget régional. Les budgets alloués aux soins à domicile des communautés oscillent entre 13 000 \$ et 544 000 \$. Étant donné la taille réduite des populations, plus du tiers des communautés reçoivent annuellement moins de 55 000 \$.

The Home and Community Care Program is designed to involve First Nations and Inuit communities directly in planning, implementing and delivering home and community care services.

The Home and Community Care Program is comprised of essential service elements, such as home care nursing services; home support personal care services, which are a complement to the Indian and Northern Affairs Canada's Assisted Living Program; short-term in-home respite care; and access to medical supplies and equipment.

If these essential elements are in place and the community has sufficient resources to address other local home and community care service gaps, they are encouraged to do so. These may include such services as meal programs, adult day programs and home based palliative care. However, few have the means to offer these services.

Many communities are challenged to deliver the essential home care services for a variety of reasons, including the isolated and remote location of many of the communities and the small size of the program at a community level that does not allow for economies of scale. To a lesser extent, many of these challenges are also experienced by the provincial system in providing services in rural areas.

We work collaboratively with Atlantic First Nations in examining ways to identify priorities on home care and other programs. Consultation with Atlantic First Nations on home care programs suggests the need for better access to rehabilitative therapies, day programs, long-term care facilities, palliative care, mental health care, and nutritional counselling; greater flexibility in service plan delivery to allow for service care delivery on weekends and evenings; more education and training for the workers; better discharge planning; transportation options; and the resolution of jurisdictional issues.

Small communities with small budgets tell us that operating and staffing a home care program is a huge challenge when only a handful of patients require care. Further, their limited available resources can be exhausted very quickly if one or two residents have intense needs.

Attracting and retaining qualified home care professionals and workers is a universal challenge that is underscored in First Nations and Inuit communities by location, lack of professional support, rates of pay and the fact that the work is often part-time.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire vise à inciter les communautés des Premières nations et des Inuits à participer directement à la planification, à la mise en œuvre et à la prestation des services.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire comprend des éléments de services essentiels, notamment des services de soins infirmiers à domicile; des services de soins personnels et de soutien à domicile, qui sont un complément du Programme d'aide à la vie autonome d'Affaires indiennes et du Nord Canada; des soins de relève de courte durée à domicile; et l'accès à des fournitures médicales et à de l'équipement médical.

Si ces besoins essentiels sont satisfaits et si la communauté possède suffisamment de ressources pour combler d'autres lacunes sur le plan des soins à domicile et en milieu communautaire, elle est encouragée à le faire. Parmi ces autres services qu'elle pourrait offrir figurent la livraison de repas, les programmes de jour pour adultes et les soins palliatifs à domicile. Cependant, rares sont les communautés qui ont les moyens de dispenser ces services.

Pour de nombreuses communautés, la prestation de ces services essentiels de soins à domicile représente un défi pour diverses raisons, notamment l'isolement et l'éloignement de bon nombre de communautés et la taille réduite du programme à l'échelle communautaire, ce qui ne permet pas la réalisation d'économies d'échelle. Le système provincial aussi se heurte à bon nombre de ces difficultés en milieu rural.

Nous nous employons à trouver, avec les Premières nations des régions de l'Atlantique, des moyens de définir des priorités en matière de soins à domicile et d'autres programmes. Voici les besoins qui ont été exprimés lors de consultations tenues avec les Premières nations sur les programmes de soins à domicile : l'amélioration de l'accès à des soins de réadaptation, des programmes de jour, des établissements de santé de longue durée, des soins palliatifs, des soins de santé mentale et du counseling nutritionnel; l'amélioration dans la flexibilité de l'offre des services, c'est-à-dire la fin de semaine et en soirée; un accès accru des intervenants à l'éducation et à la formation; l'amélioration de la planification des congés; l'amélioration des possibilités de transport; et la résolution de questions de compétence.

Selon les communautés qui disposent d'un budget restreint en raison de la taille de leur population, il est financièrement impossible de recruter des fournisseurs de soins à domicile et peu pratique d'acquiescer ce service si les patients ayant besoin de soins sont le moins nombreux. Si un résident ou deux d'une communauté ont des besoins intenses, ils peuvent épuiser toutes les ressources disponibles.

De manière générale, il est difficile d'attirer et de maintenir en poste des professionnels et des intervenants qualifiés en soins à domicile, et ce problème est accentué dans les communautés des Premières nations et des Inuits, en raison de leur emplacement, de l'absence de soutien professionnel, des taux de rémunération et du régime de travail qui est dans bien des cas à temps partiel.

Communities also receive Indian and Northern Affairs Canada funding under the Assisted Living Program. Many communities have coordinated the management of these federal home care programs. Additionally, communities would benefit from further coordination with provincially funded services.

In Labrador Inuit communities, federal funding supports home care services to land claim beneficiaries while provincially funded services are delivered to other residents in these small remote communities. The Nunatsiavut Government wants to negotiate with the province on how they can share the cost of the delivery of a single program.

The challenge of coordinating federally and provincially funded health services on reserves is being addressed by Health Canada in part through its Aboriginal Health Transition Fund. This fund has a dual purpose. First, it aims to support First Nations and Inuit communities in improving the integration of existing federally funded systems within First Nations and Inuit communities with provincial and territorial health systems. Second, it assists provinces and territories in adapting their existing health services to better meet the needs of all Aboriginal peoples.

Through this fund in the Atlantic region, we have invested over \$6.5 million in projects to First Nations and Inuit communities and provinces to support coordination, integration and adaptation of health services with provincial health services.

One project of particular interest to this committee involves a partnership between Nova Scotia First Nations and the Continuing Care branch of the provincial Department of Health.

As part of this project, a hospital-to-reserve home care discharge planning model will be implemented across the province. As well, an assessment of needs and capacity will be completed with home care services on reserves to inform the development of a provincial First Nations home care framework. Finally, the project partners are committed to establishing an ongoing tripartite policy forum for continuing care.

We believe that these measures will advance coordination and the development of a continuum of continuing care for First Nations in Nova Scotia, and be of interest to other jurisdictions.

The Atlantic First Nations chiefs have identified "elder care" as a high priority health issue to be addressed this year. The chiefs want to see a strategy that identifies local support options to keep elders in the community for as long as possible and a strategy that addresses cultural competency, quality care and access for those who are admitted to long-term care facilities off-reserve. Health

Les communautés reçoivent aussi des fonds du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, dans le cadre de son Programme d'aide à la vie autonome. De plus, une coordination accrue des services avec les services de santé financés à l'échelle provinciale profiterait aux communautés.

Dans les communautés inuites du Labrador, les fonds accordés par le gouvernement fédéral facilitent la prestation de services de soins à domicile aux bénéficiaires de l'Accord sur les revendications territoriales alors que les services financés par la province s'adressent aux autres résidents de ces petites communautés éloignées. Le gouvernement du Nunatsiavut veut négocier avec la province les conditions d'une entente de partage de coûts liés à la mise en œuvre d'un seul programme.

Santé Canada remédie en partie, grâce à son Fonds de transition pour la santé des Autochtones, au problème de coordination des services de santé financés par des sources fédérales et provinciales. Ce petit fonds vise un double objectif : améliorer l'intégration des services de santé subventionnés par le gouvernement fédéral dans les communautés des Premières nations et des Inuits aux services de santé des provinces et des territoires, et aider les provinces et les territoires à adapter leurs services de santé pour qu'ils répondent mieux aux besoins de tous les peuples autochtones.

Grâce à ce fonds, nous avons pu investir dans la région de l'Atlantique plus de 6,5 millions de dollars en projets destinés aux communautés des Premières nations et des Inuits et aux provinces, en vue de favoriser la coordination des services de santé avec ceux qui sont financés par les provinces, leur intégration et leur adaptation.

Un projet qui présente un intérêt particulier pour ce comité concerne un partenariat entre les Premières nations de la Nouvelle-Écosse et la Direction générale des soins prolongés du ministère provincial de la Santé.

Un modèle de planification des congés de l'hôpital à la réserve, dans le domaine des soins à domicile, sera mis en œuvre partout dans la province dans le cadre de ce projet. De plus, une évaluation des besoins et des capacités sera réalisée avec le service de soins à domicile dans les réserves en vue de l'élaboration d'un cadre provincial de soins à domicile destiné aux Premières nations. Enfin, les partenaires responsables du projet sont déterminés à créer un forum tripartite permanent sur la politique des soins continus.

Nous pensons que ces mesures favoriseront la coordination des services et l'élaboration d'un continuum de soins prolongés destinés aux Premières nations de la Nouvelle-Écosse, et qu'elles présenteront de l'intérêt pour d'autres provinces et territoires.

Les chefs des Premières nations de la région de l'Atlantique ont déterminé que les « soins aux aînés » représentent un enjeu hautement prioritaire auquel il faut s'attaquer cette année. Les chefs souhaitent une stratégie qui trouve les ressources locales voulues pour permettre aux aînés de demeurer le plus longtemps possible dans la communauté. Ils recherchent aussi une stratégie

Canada and First Nations are partnering on the development of a strategy in this area.

Services that are culturally appropriate is an important factor in program delivery. For First Nations elders, admission to a supportive housing or long-term care facility requires relocation far from their home and culture. There are no long-term care residential options in First Nations communities, and our clients tell us that the off-reserve facilities are not culturally safe. Currently, the number of First Nations elders in Atlantic Canada who choose this option is negligible. We must work with provincial governments to ensure that their ideals are respected.

At a national level, the Government of Canada and First Nations and Inuit organizations have undertaken research to gain a better understanding of existing home and facility-based continuing care services in First Nations and Inuit communities.

A joint working group is in the process of reviewing the research-based recommendations, developing a continuing care policy framework and preparing a policy analysis paper to support decision making in regard to improvements in continuing care services for First Nations and Inuit communities.

To close, Health Canada will continue to help advance elder care through its program mandate but also through collaboration with other federal and provincial departments and our First Nations partners.

Thank you for inviting me to present to you today. I welcome any questions.

The Chair: I thank you very much for your presentation.

I come from Manitoba. I have visited nearly all of the First Nations communities in my province. I have not been to Shamattawa, but I have been to Pukatawagan, I have also been to Norway House, Oxford House and Grand Rapids. I have been to a number of them, and I seriously question the flexibility of the programs that are delivered. I would like to give some specific examples. I was at Oxford House where the federal government decided that, yes, they could have a blanket warmer at a cost of \$1,000, and then two weeks after the delivery of the blanket warmer, decided, no, they did not qualify for the blanket warmer. The patient at Oxford House, by regulation, can remain in that community, in the nursing station, for one hour. Realistically, we know they are often there longer than that. However, if they need to be there longer than an hour, transportation must be arranged for Thompson, Manitoba. Therefore, to have warm blankets to put on that patient to transfer that patient to Thompson in a Manitoba winter, which in that area can go to minus 40, seemed to me a pretty basic piece of equipment. I also saw the lack of

qui tient compte de la compétence culturelle, de la qualité des soins et de l'accès aux soins des personnes admises dans des établissements de soins prolongés hors réserve. Une stratégie en la matière est élaborée par Santé Canada en partenariat avec les Premières nations.

La prestation de services adaptée à la réalité culturelle est un facteur important à prendre en considération dans la mise en œuvre des programmes. Les aînés des Premières nations qui sont admis dans un logement supervisé ou un établissement de soins de longue durée doivent se réinstaller loin de leur milieu familial et culturel. Comme il n'existe pas d'établissements de soins de longue durée dans les communautés des Premières nations, nos clients nous indiquent que les établissements hors réserve ne représentent pas un environnement sûr au plan culturel. Le nombre d'aînés des Premières nations dans les provinces de l'Atlantique qui choisissent cette option est négligeable. Nous devons, de concert avec les provinces, faire en sorte que cet idéal soit respecté.

À l'échelle nationale, le gouvernement du Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits ont entrepris une recherche afin de se faire une meilleure idée des services de soins continus offerts à domicile et en établissement dans les communautés des Premières nations et des Inuits.

Un groupe de travail conjoint s'occupe de revoir les recommandations issues des recherches, d'élaborer un cadre stratégique sur les soins continus et de préparer une analyse stratégique à l'appui des décisions à prendre pour améliorer les services de soins continus destinés aux Premières nations et aux Inuits.

Pour terminer, Santé Canada poursuivra ses efforts en vue d'améliorer les soins aux aînés, non seulement dans le cadre du mandat relatif à ce programme, mais aussi en collaboration avec d'autres ministères provinciaux et fédéraux et ses partenaires de Premières nations.

Merci de m'avoir invité à comparaître aujourd'hui. Je serais maintenant ravi de répondre à vos questions.

La présidente : Merci beaucoup de votre exposé.

Je viens du Manitoba et j'ai visité la grande majorité des communautés des Premières nations de ma province. Je n'ai jamais été à Shamattawa mais ai eu l'occasion d'aller à Pukatawagan, Norway House, Oxford House et Grand Rapids. Je connais donc un certain nombre de communautés et je me pose de sérieuses questions quant à la flexibilité des programmes qui sont assurés. Permettez-moi de vous donner des exemples précis. À un moment, le gouvernement fédéral a décidé qu'Oxford House aurait droit à un chauffe-couverture, qui coûte 1 000 \$, pour décider, deux semaines plus tard et après la livraison du chauffe-couverture, que l'institution n'y avait pas droit. En vertu de la réglementation pertinente, les patients d'Oxford House peuvent rester dans la communauté, au poste de soins infirmiers, pendant une heure. Mais on sait pertinemment qu'ils y restent souvent plus longtemps. Dans ce cas, il faut les faire transporter jusqu'à Thompson, au Manitoba. Ainsi, étant donné qu'au Manitoba, l'hiver, la température peut atteindre moins 40 degrés, il est évident qu'il est nécessaire de fournir des

flexibility, for example, in rusted out autoclaves in the same nursing station. I saw drugs held in a room in which mold was growing all over the ceiling and the walls.

I clearly came back and spoke to the Minister of Health at the time. I was also a minister at that time, and I was less than impressed with the delivery of this so-called "flexible" health care.

You are not responsible for that, and I do not want you to feel that I am dumping on you. We have got to do better. We have got to start delivering services that are in some way comparable to the services that we are delivering to non-Aboriginal people in this country, and we are not there yet. How will we get there?

Ms. Keays-White: I can appreciate your effort to make it to all of those communities because Manitoba does have a tremendous number of remote communities. I was in Thompson myself last week, actually, but, thank goodness it was not winter, and I know how cold it can get. As a nurse, I can appreciate the importance of having warm blankets. I know how welcome they were when I was a patient in a warm hospital. Therefore, I sympathize with you when you are describing some of these situations. Although, as you say, I cannot be responsible for them, I, too, would like to be part of the solution. It is reasonable to say that disparities exist across this country. I cannot speak for Manitoba at all. I hope we do not have situations in Atlantic Canada as you have described, but I must admit I cannot promise you that we do not.

How do we tackle it? It will take a team effort, there is no question. We are doing our part in Atlantic Canada by partnering with our First Nations bodies, our First Nations organizations. We work very much in concert. We have what is called a co-management approach here. Most of our communities are in one method of transfer or another, so we are doing what we can to, first, empower the First Nations communities as much as possible, giving them as much control and influence over how they deliver the resources that they have. As far as the amount of resources, we are doing what we can to increase that, and we advocate for them at the national tables. As you know, it is pretty well the only decision-making power I have to bring more money in. However, we also do pass on any increases that we get directly to our First Nations communities so that they can utilize any increased resources that they have.

We have talked to our First Nation chiefs over the past few years and asked them to identify their top priorities so that we could take any discretionary resources and discretionary efforts that we had at our disposal to focus on the major issues for them. The first two issues that they identified were addictions and mental

couvertures chauffées aux patients devant être transférés. Le manque de souplesse est aussi évident dans les autoclaves rouillées que j'ai vues dans le même poste de soins infirmiers, par exemple. J'ai également constaté qu'on entreposait des médicaments dans une salle dont le plafond et les murs étaient couverts de moisissure.

Bien évidemment, à l'époque, j'en ai parlé au ministre de la Santé. J'étais également ministre à ce moment-là et la prestation de ces soins de santé soi-disant « souples » ne m'a pas trop impressionnée.

Vous n'êtes pas responsable de cette situation et je ne voudrais pas que vous pensiez que vous l'êtes. Mais nous ne pouvons pas nous contenter de ce qui se fait à l'heure actuelle. En effet, nous devons assurer la prestation de services qui sont d'une façon ou d'une autre comparables aux services dont jouissent les non-Autochtones au pays, et il nous reste du travail à faire. Comment y arriver?

Mme Keays-White : Il n'a pas dû vous être facile de vous rendre dans toutes ces collectivités. En effet, il y a, au Manitoba, tant de collectivités éloignées. J'étais à Thompson la semaine dernière, en fait, mais fort heureusement, nous ne sommes pas en hiver. Je sais qu'il peut y faire très froid. À titre d'infirmière, je sais à quel point il est important d'avoir des couvertures chaudes. Je me souviens que j'étais heureuse d'en avoir quand j'étais moi-même patiente dans un hôpital bien chauffé. Ainsi, je vous comprends lorsque vous décrivez certaines de ces situations. Même si, comme vous le dites, je ne peux pas en être tenue responsable, j'aimerais tout de même contribuer à la solution. Il est clair qu'il existe des disparités dans notre pays. Je ne peux pas parler du tout de ce qui se passe au Manitoba. J'espère que dans le Canada atlantique on ne retrouve pas le type de situation que vous avez décrite mais je ne pourrais pas vous le garantir.

Comment devrions-nous nous attaquer au problème? Il est clair que nous allons devoir travailler en équipe. Nous faisons notre part dans le Canada atlantique en établissant des partenariats avec les divers organes des Premières nations, les organisations des Premières nations. Nous travaillons en étroite collaboration. Ici, nous avons adopté ce qu'on appelle une approche de cogestion. La plupart des collectivités bénéficient d'une façon ou d'une autre de transferts, et nous faisons de notre mieux pour inciter les communautés des Premières nations à s'autonomiser en leur donnant autant de contrôle et d'influence que possible en matière de gestion des ressources. Pour ce qui est de la quantité de ressources qui leur sont accordées, nous faisons tout notre possible pour en demander plus et en faisons la promotion aux tables nationales. Comme vous le savez, c'est le seul pouvoir décisionnel que je possède pour obtenir plus de fonds. D'autre part, nous donnons tout montant supplémentaire que nous obtenons directement aux collectivités des Premières nations pour qu'elles puissent s'en servir.

Au cours des dernières années, nous avons demandé aux chefs de nos Premières nations de déterminer leurs dossiers prioritaires pour que nous puissions y consacrer nos ressources et nos efforts discrétionnaires. Les deux questions prioritaires ayant été identifiées étaient la toxicomanie et la santé mentale; au

health and the third one was elder care and care of their seniors. The most resounding message that we hear from them is that they feel compelled and morally and culturally obligated to keep their elders at home as long as they can, and they do not find the available options for longer-term care palatable. They do not feel that they are culturally appropriate.

Therefore, we have sought provincial partners and are working with Northern and Indian Affairs Canada, INAC, as well to at least be an advocate. If we cannot do more to increase the money, then we can at least see what we can do to lever the available resources to try to improve coordination of the available services and to build on what the disparate groups might be providing. Our efforts through this Aboriginal Health Transition Fund to attract a provincial government to the table to meet with us and the communities so that they can hear from the communities about their issues is a really big first step for us. We are not working in silos anymore; we are actually looking at what we can offer to the communities and what the communities and the province can offer, and bringing INAC to that table to see how flexible they might be with what they have available to try to improve it.

I cannot address the financial piece, as you know, but, we are trying to at least coordinate the amounts and the resources that we do have to make it a more coordinated and integrated service delivery model. I believe what we are doing in Nova Scotia will inspire the other provinces because the chiefs work in the four Atlantic provinces together through the Atlantic Policy Congress of First Nation Chiefs. With all the communication across provincial boundaries, I am hoping that this will inspire the others.

The Chair: Thank you, and I am pleased to see those steps taking place.

Let me give you an example of communication breakdown. I am on the Sandy Bay Reserve. It is about 25 kilometres from Portage la Prairie. A young child has been taken to the Portage la Prairie Hospital. She has been diagnosed as being in need of a nebulizer. She spends an additional five days in hospital at enormous cost because of a total breakdown in communication between the provincial government and the federal government as to who will to pay for the nebulizer. Does that type of situation happen here, and how do you resolve it?

Ms. Keays-White: I am pleased to be able to say that I am not aware of anything such as that happening here. We have, in general, very good relations between the provincial governments and our staff. I will not say that issues do not exist where people want more resources, and maybe have a good case for more than

troisième rang, ils ont cité les soins accordés aux aînés et aux personnes âgées. Ce qu'ils nous ont dit très clairement, c'est qu'ils se sentent moralement et culturellement obligés de garder chez eux leurs aînés aussi longtemps que possible. D'autre part, ils trouvent que les options disponibles en matière de soins de longue durée ne sont tout simplement pas acceptables. Elles ne sont pas culturellement appropriées.

Par conséquent, nous avons cherché des partenaires provinciaux et travaillons avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord, au moins pour agir dans l'intérêt des Premières nations. S'il nous est impossible d'augmenter le financement accordé, nous pouvons tout de même tenter de mobiliser les ressources disponibles pour essayer d'améliorer la coordination des services assurés et pour tirer partie des services que les groupes disparates pourraient assurer. Nous avons pu, par le biais du Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones, convaincre le gouvernement provincial de nous rencontrer, ainsi que les collectivités. Ainsi il peut prendre connaissance des difficultés des différentes communautés. C'est pour nous une étape vraiment importante. Nous ne travaillons plus chacun dans notre coin. En effet, nous tentons maintenant de déterminer ce que nous pouvons offrir aux communautés et quel rôle ces dernières et les provinces peuvent jouer. La présence du ministère des Affaires indiennes permet aux fonctionnaires de comprendre comment en étant plus souple on peut améliorer ce qui existe déjà.

L'aspect financier n'est pas de mon ressort, comme vous le savez. Par contre, nous tentons au moins coordonner les montants et les ressources que nous avons pour que le modèle de prestations de services soit davantage intégré. Je pense que ce que nous faisons en Nouvelle-Écosse inspirera les autres provinces parce que les chefs des quatre provinces de l'Atlantique collaborent dans le cadre de la Atlantic Policy Congress of First nation Chiefs. Grâce à la bonne communication entre les différentes provinces, j'ose espérer que ce que nous faisons inspirera les autres.

La présidente : Merci. Je suis ravie que l'on prenne ces mesures.

Permettez-moi de vous donner un exemple d'un manque de communication. Je me trouve dans la réserve Sandy Bay qui est située à quelque 25 kilomètres de Portage la Prairie. Une jeune fille a été hospitalisée à l'hôpital de Portage la Prairie. Les médecins ont déterminé qu'elle a besoin d'un nébuliseur. Elle passe cinq jours supplémentaires à l'hôpital, ce qui coûte une fortune, en raison du manque de communication entre les gouvernements provincial et fédéral qui n'arrivent pas à s'entendre pour savoir qui devrait assumer les coûts du nébuliseur. Ce genre de situation se produit-il ici et dans l'affirmative comment faites-vous pour résoudre le problème?

Mme Keays-White : Je suis heureuse de vous dire qu'à ma connaissance ce genre de chose ne se produit pas ici. En général, les relations sont très bonnes entre les gouvernements provinciaux et notre personnel. Je mentirais si je vous disais que personne ne demande jamais de ressources supplémentaires et il est vrai qu'il

we can pay for. However, in the six years that I have been here, I am not aware of an impasse between provincial and federal governments. Generally, we have been able to get them resolved.

The Chair: Mr. Driscoll, when we put in video lottery terminals, VLTs, in Manitoba, I happened to run into a Ukrainian priest at the airport. I had known him from Winnipeg, but he had moved to Dauphin. He said much of what you said today, that the *babas* — the Ukrainian name for grandmother — all of a sudden were playing the video lottery terminals and were no longer at home. With two working parents, a grandmother used to be the one who was there for the kids when they came home from school. In a similar situation at the Sheraton Hotel Halifax, which became the Casino Nova Scotia Hotel, I received a note under my door that said breakfast would not be served in the rooms the following morning unless we pre-ordered because seniors were being invited for a free breakfast and given a \$5 coupon to visit the casino following breakfast. Those are my two examples of what I thought were targeting of seniors. Would you like to elaborate on those?

Mr. Driscoll: Currently, as you may be aware, Magnetic Hill, here in Moncton, has just been awarded a casino. This has been very controversial ever since its inception. The Royal Canadian Legion has taken part, as many other groups have, for the sheer matter of finances. However, we are becoming an addicted economy. All forms of government and organizations require revenue, and unless these revenue streams or sources are coming from other types of events, the choices are limited. The other types of events are no longer available. To ask a young girl who has worked 60 hours in a week, while trying to raise her two children, to bake pies to sell for a charity or any given organization is pretty unrealistic. Because of the fast pace that everyone lives and so on, we are noticing a lack of volunteers, which you have already identified. We were looking at some form of taxation break for volunteer hours. The whole system revolves like a wheel; it just goes on and on.

On this specific point of gaming, the New Brunswick government enjoyed a \$133-million profit share through VLTs last year. A \$90-million investment is going into Moncton. We have not seen the forecast-generated revenues yet; they are kept in a secret file folder somewhere. Many factors have impacted this year. When you look at other decisions that are based on health care, such as the smoking restriction, that has had massive economic impact on both sides of the fence; we are still down on the hospitality industry probably about 30 per cent across the board. People no longer go out and sit for an hour or two after dinner as they used to when they could smoke with another bottle

arrive qu'on nous demande plus, à juste titre, que ce qu'on peut payer. Par contre, cela fait six ans que je suis en poste et, à ma connaissance, il n'a pas eu d'impasse entre les gouvernements provincial et fédéral. En général, nous sommes parvenus à régler nos différends.

La présidente : Monsieur Driscoll, à l'époque où les terminaux de loterie vidéo, les TLV, ont fait leur apparition au Manitoba, j'ai rencontré, par hasard, un prêtre ukrainien à l'aéroport. Je l'avais connu à Winnipeg et il s'était entre-temps installé à Dauphin. Il m'a dit grosso modo ce dont vous nous avez fait part aujourd'hui, à savoir que les *babas*, les grands-mères ukrainiennes, du jour au lendemain, n'étaient plus à la maison parce qu'elles allaient jouer au TLV. Dans une famille où les deux parents travaillent, c'est la grand-mère qui était à la maison pour accueillir les enfants lorsqu'ils rentraient de l'école. En outre, une fois, j'étais à l'hôtel Sheraton d'Halifax, qui est devenu le Casino Nova Scotia Hotel, et on a glissé sous ma porte un mot m'avertissant qu'il n'y aurait pas de service de petit déjeuner aux chambres le lendemain, à moins qu'on ne le précommande, parce que les personnes âgées de l'hôtel avaient été invitées à un petit déjeuner gratuit où on leur donnerait un coupon de 5 \$ qu'elles pourraient ensuite aller dépenser au casino. Voilà deux exemples qui démontrent qu'on cible les personnes âgées. Aimerez-vous nous donner plus de précisions là-dessus?

M. Driscoll : Comme vous le savez sans doute, on vient d'accepter qu'un casino se construise sur la côte Magnétique, ici à Moncton. Depuis le début, la question a suscité une controverse. La Légion royale canadienne y a pris part, comme d'autres groupes, uniquement pour l'aspect financier. Il faut savoir que notre économie est devenue dépendante. En effet, toutes les formes de gouvernement et d'organisations ont besoin de revenus, et à moins que ces revenus ne proviennent d'autres types d'événements, les choix sont limités. Les autres types d'événements ne sont plus disponibles. Il ne serait pas envisageable de demander à une jeune femme qui travaille 60 heures par semaine pour essayer d'élever ses deux enfants, de faire des tartes pour les vendre au profit d'un organisme caritatif. En raison du rythme effréné auquel les gens vivent, il n'y a pas suffisamment de bénévoles, et d'ailleurs nous avons déjà parlé de ce problème. Justement, on cherche une forme d'allègement fiscal pour les bénévoles. Tout le système fonctionne comme une roue qui ne cesse de tourner.

Pour ce qui est du jeu proprement dit, grâce aux TLV, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a empoché en bénéfices 133 millions de dollars l'an dernier. Quatre-vingt dix millions de dollars vont être investis à Moncton. On n'a pas encore dévoilé les recettes prévues; on garde ces informations dans une chemise secrète quelque part. Beaucoup de facteurs ont eu une incidence cette année. Par exemple, pour ce qui est des décisions relatives aux soins de santé, comme l'interdiction de fumer, l'impact économique a été massif des deux côtés; le secteur du tourisme a connu un déclin d'environ 30 p. 100. En effet, après le repas, les gens ne restent pas une ou deux heures de plus comme c'était le

of wine; they just do not do that sort of thing. They tend to eat, get out and go to someone's home.

The illegal contraband market, of course, has grown substantially. We are getting cigarettes from all over the country as other illegal things happen. This goes back to the senior issue in that many people store these items in "Mama's" house, and she winds up being charged, and so on. It is possible; other countries have enjoyed forms of gaming quite successfully. However, in Canada, I do not know; I just do not know where it is all heading; there is no end to it. If the casino here in New Brunswick is a go and is successful — excuse me, Senator, but Nova Scotia has not been really successful at it yet — it will be the wave of the future. In which case, things need to be put in place to identify the problems with this.

How do we protect the 75-year-old woman who has just lost her husband and has no companion now? She wants to do something, and the advertisements are telling her, "There is a bus tour, Nanny, so go for the weekend." Six months later the woman is broke; she has spent her revenue, and nobody knows how this has happened. Again, she becomes a burden on the system. We have dealt with it for a number of years as I have said, through our own organization's fault. We have people come in who put all their money, their veteran's pension in the VLT, and then the next day need the Poppy Fund to pay their oil bill. They will make applications as veterans who are in distress and require food, shelter or lodging, which we provide without question; it is a real cycle. We do not have the answer to how to get of it yet.

The Chair: Thank you. The last time I looked, \$450 million of Manitoba's revenues were from gambling.

Senator Cordy: I am also from Nova Scotia, and you are right in that they are actually laying people off at the casinos. Seniors are often preyed upon financially sometimes by their family members, unfortunately, but also by charitable organizations. Families discover that their parents are spending substantial amounts of money through telemarketing phone calls that they are getting. Have you looked into that as an issue at all?

Mr. Driscoll: Yes, senator, we have. One of the major issues that that brings to the forefront is that a number of years ago a veteran was the target for the younger female population. A young woman that maybe was not financially sound or was looking down the road to her future would befriend an older gentleman who was a veteran, who had the resources and the income. The wedding bells would ring him being short-lived for this world, and she would maintain that lifestyle from that point on. Provisions have been implemented such as if you are married after the age of 61, there is no transference of a pension. That was

cas à l'époque où on pouvait fumer en buvant une autre bouteille de vin. C'est quelque chose qu'on ne voit plus du tout. Les gens mangent, puis partent pour se retrouver dans la demeure de quelqu'un.

La contrebande, pour sa part, a augmenté de façon substantielle. On trouve chez nous des cigarettes qui proviennent de toutes les régions du pays, sans parler des autres actes illégaux. La situation a un impact sur les personnes âgées en ce sens que c'est souvent chez grand-maman qu'on entrepose les cigarettes et c'est elle qu'on poursuit. Mais l'industrie du jeu n'est pas que négative; en effet, certaines formes de jeu ont été profitables dans d'autres pays. Par contre, pour ce qui est du Canada, je ne le sais pas, j'ignore dans quelle direction on se dirige, je n'en vois pas la fin. Si le casino au Nouveau-Brunswick est effectivement construit et si les choses se passent bien — désolé, madame le sénateur, mais en Nouvelle-Écosse, on n'a pas su tirer son épingle du jeu — ce sera la voie de l'avenir. Et, dans ce cas, il faudra alors mettre en place des processus permettant d'identifier les problèmes potentiels.

Comment ferons-nous pour protéger la femme de 75 ans qui vient de perdre son mari et qui n'a plus de compagnon? Elle a envie de s'occuper et elle voit des publicités l'encourageant à faire un voyage en autobus pour le weekend. Six mois plus tard, elle n'a plus d'argent; elle a dépensé tous ses revenus et personne ne sait comment cela a pu se produire. Encore une fois, elle devient un fardeau pour le système. Cela fait quelques années qu'on doit faire face à ce genre de problème et c'est de la faute de notre propre association. Il y a des gens qui dépensent tout leur argent, toute leur pension d'ancien combattant à jouer au TLV et qui doivent faire appel au Fonds du coquelicot pour payer leur facture de mazout. Ces gens se présentent comme des anciens combattants en détresse ayant besoin de nourriture et de logement, que nous leur donnons sans poser de question; c'est véritablement un cercle vicieux. Malheureusement, nous ne savons pas comment nous en sortir, pour le moment du moins.

La présidente : Merci. La dernière fois que j'ai vérifié, le Manitoba tirait des recettes de 450 millions de dollars du jeu.

Le sénateur Cordy : Moi aussi je viens de la Nouvelle-Écosse, et vous avez raison lorsque vous dites que les casinos font des mises à pied. Souvent lorsque des aînés sont victimes d'exploitation financière, les prédateurs sont des membres de leur propre famille, malheureusement, mais aussi, parfois, des organisations caritatives. Les familles découvrent que leurs parents dépensent d'importantes sommes suite à des appels de télémarketeurs. Vous êtes-vous penché sur cette question?

M. Driscoll : Oui, sénateur, nous l'avons fait. L'un des principaux problèmes que cela nous a permis de découvrir est illustré par le cas des anciens combattants qui, il y a quelques années, ont été la cible de jeunes femmes. Une jeune femme, dont la situation financière était précaire, ou qui songeait à son avenir, faisait des avances à un homme plus âgé, qui était un ancien combattant, avec des ressources et un revenu. Il ne survivait pas longtemps aux noces et elle continuait à faire la belle vie. Des dispositions ont été mises en œuvre pour interdire le transfert d'une pension à un conjoint lorsque le pensionné se marie passé

a great help, although a segment of the population were very upset by it because there is a 59-year-old guy out there who wants to marry a 30-year-old woman and wants to provide for her — you cannot please all. That was very controversial, but it has worked; it has solved the problem for the long term, so we do not see too much of that anymore.

This end of the country has yet to see that great wave of telemarketers that British Columbia and the higher populated areas, such as Toronto, have seen. We are just at the tip of the iceberg for that. We hear the odd story that comes through our organization. Much of it is about paying upfront for a discount in the long-term use of any given item. If the people who are affected by this come out of their shells, there are resources for them to go to. However, we find most people now are living in little capsule, they will not come to people and ask the questions anymore. We have lost the communication skills and will continue to lose them as long as people stay at home. Many scholars say that 10 years from now the social skills of the youth will be questionable after spending so much time on a computer and dealing with the electronics that are out there. They will not have the necessary social skills to be able to defend themselves.

Senator Cordy: Sometimes I think the seniors are embarrassed to tell their family that they have lost their money or that they have given it away.

You touched upon the issue of isolation of seniors, which we have heard a lot. You could be isolated in a rural area because in Atlantic Canada, being a Nova Scotian, I know a number of our young people are heading out West to earn income. Therefore, you do not have family members around, but you could also be isolated living in downtown Moncton or downtown Halifax. You said that it is scary when you look at the future because younger people are now tending to play video games and interact with computers, which is a lower type of activity. Is there something that we should be doing to deal with isolation of seniors?

Mr. Driscoll: Again, it is about finding that answer. If you are looking at an individual group or an individual area, it seems easier to address than global issues. Globally, it has to happen through the media resources that we have now, through committees such as this. When the report goes back and is adopted by government, and when it gets filtered out through the system, it has to stay untouched. It cannot come to all of the provinces and the provincial bodies be allowed to tear it all apart to suit their own needs, which is what happens now and has historically.

Therefore, each province now has a different structure for seniors. If the money that will eventually fund all these things one way or another is at the national level, then maybe the simple answer is to have a directive that dictates the flow of the monies. They cannot be touched for anything else. Transfer payments are

l'âge de 61 ans. Ces nouvelles règles ont beaucoup aidé, quoiqu'un élément de la population en était très mécontent parce qu'il peut y avoir un homme de 59 ans qui souhaite épouser une femme de 30 ans et subvenir à ses besoins — mais on ne peut pas faire plaisir à tout le monde. Cette mesure a été très controversée, mais elle donne de bons résultats; elle a réglé le problème à long terme, et ce genre de situation ne se produit plus tellement souvent.

Dans notre coin de pays, nous n'avons pas encore connu la grande vague de télémarketing qui a submergé la Colombie-Britannique et d'autres régions très peuplées, comme Toronto. Nous voyons tout juste la pointe de l'iceberg. De temps en temps, notre organisation entend parler d'un cas isolé. Souvent, on demande à quelqu'un de payer d'avance pour obtenir un rabais pour l'utilisation à long terme d'un article donné. Il existe des ressources pour aider les personnes visées qui sont prêtes à en parler. Cependant, nous constatons que la plupart des gens vivent dans leur petite bulle et qu'ils n'en sortent pas pour poser les questions qu'ils devraient poser. Nous avons perdu notre aptitude à communiquer et nous ne la retrouverons pas tant que les gens resteront chez eux. De nombreux chercheurs disent que d'ici dix ans les compétences sociales des jeunes seront sérieusement compromises parce qu'ils auront passé trop de temps devant l'ordinateur et à utiliser des appareils électroniques. Nous n'aurons pas les compétences sociales nécessaires pour pouvoir nous défendre.

Le sénateur Cordy : Parfois je pense que les aînés sont gênés de dire à leur famille qu'ils ont perdu leur argent ou qu'ils l'ont donné.

Vous avez parlé du problème de l'isolement des aînés, et vous n'êtes certes pas le premier. Il est possible qu'un aîné se sente isolé dans une région rurale de l'Atlantique et je sais, étant moi-même de la Nouvelle-Écosse, qu'un certain nombre de nos jeunes partent pour gagner leur vie dans l'Ouest. Donc, ils n'ont plus de membres de leur famille près d'eux, quoiqu'on puisse être tout aussi isolé au centre-ville de Moncton ou d'Halifax. Vous dites que c'est angoissant de penser à l'avenir car les jeunes d'aujourd'hui jouent à des jeux vidéo et passent du temps devant l'ordinateur, ce qui est un genre d'activité inférieure. Est-ce qu'il y a quelque chose que nous devrions faire pour lutter contre l'isolement des aînés?

M. Driscoll : Justement, il faut trouver la solution. Si vous vous intéressez à une région ou à un groupe particulier, c'est plus facile que de chercher une solution universelle. À plus grande échelle, il faut utiliser les ressources de communication dont nous disposons, comme des comités comme le vôtre. Lorsque votre rapport sera déposé et adopté par le gouvernement, qu'il fera son chemin dans le système, il ne faut pas qu'il soit modifié. Il ne faut pas que les provinces reçoivent ce rapport et puissent le démolir pour répondre à leurs propres besoins, comme cela s'est fait dans le passé et comme cela continue à se faire.

À l'heure actuelle, chaque province possède une structure différente pour les aînés. Si c'est le gouvernement fédéral qui fournit en fin de compte l'argent pour financer ces activités, il faudra peut-être qu'il impose des conditions pour l'utilisation des fonds. Ils ne devront pas servir à autre chose. Les paiements de

a very touchy subject when it comes to provincial governments. To turn around and just come up with the answers is very difficult. We have tried brainstorming, different types of committees, seniors' groups and even younger people's input as to what they wanted to see when they become seniors; it just goes around and around. We find ourselves talking about the same issues five years later, with no action.

Senator Cordy: Provincial governments really do not like it when the money comes with strings attached.

Mr. Driscoll: They do not, and that is a major downfall of the entire system. It is the downfall of the entire health care system. A major problem is that the money does not come with instructions on where it has to be spent. It should be specified without a choice, and if not, it must be returned.

Senator Cordy: I agree with that.

Mr. Driscoll: Thank you, senator.

Senator Cordy: I am interested in the palliative care, the community care program that you have for First Nations and Inuit in Atlantic Canada. How do you meet the needs of the people? Do they contact you, or do you contact them? Do you work with hospitals and doctors? How do you know when someone is in need of community care?

Ms. Keays-White: In Atlantic Canada, almost all of the home and community care is delivered in the community by the community. The linkage would be between a local home and community care nurse in a given community and the hospital. Ideally, there would be smooth communication, planning in advance of the discharge. However, in the real world that does not happen for everyone. I know that because I have been on both ends of the system: I have been a hospital nurse and a home community care nurse, so I know that the communication is not as good as it should be in any case.

We have learned that there are difficulties in communication on reserves with local hospitals, so that is one of the two major thrusts of this project that I was talking about, the Aboriginal Health Transition Fund. A sort of a demonstration site in Cape Breton has made an effort to increase, or improve, the linkage between the nurses on-reserve and in the hospital, and that has worked well for them. They are looking at how they can enhance that communication and demonstrate to other communities and encourage that to happen throughout the province. The breakdown in communication occurs everywhere, but this is one area that we are focusing on and trying to show improvements.

Senator Cordy: Is it mainly then for people who have been hospitalized and are coming home?

Ms. Keays-White: Yes, discharge planning from hospital.

transfert sont un sujet très chatouilleux pour les gouvernements provinciaux. C'est très difficile de trouver les réponses. Nous avons fait du remue-ménages, organisé différents comités, des groupes d'ainés, nous avons même consulté les jeunes pour savoir ce qu'ils voudront lorsqu'ils seront aînés à leur tour; on tourne en rond. Nous nous retrouvons à discuter des mêmes problèmes cinq ans plus tard, sans que rien n'ait été fait.

Le sénateur Cordy : Les gouvernements provinciaux n'aiment vraiment pas que les transferts soient assortis de conditions.

M. Driscoll : C'est vrai, et c'est l'une des grandes faiblesses du système. C'est la faiblesse du système de soins de santé. C'est un grave problème que l'argent soit versé sans instructions sur la manière dont il doit être utilisé. Cela devrait être précisé, les provinces ne devraient pas avoir le choix : elles devraient utiliser les fonds aux fins prévues ou rendre l'argent.

Le sénateur Cordy : Je suis d'accord avec vous.

M. Driscoll : Merci, sénateur.

Le sénateur Cordy : Je m'intéresse aux soins palliatifs, à votre programme de soins communautaires pour les Premières nations et les Inuits du Canada atlantique. Comment faites-vous pour répondre aux besoins des gens? Est-ce que ce sont eux qui communiquent avec vous, ou le contraire? Travaillez-vous avec les hôpitaux et les médecins? Comment savez-vous que quelqu'un a besoin de soins communautaires?

Mme Keays-White : Dans le Canada atlantique, presque tous les soins à domicile et communautaires sont fournis dans la collectivité par la collectivité. Le contact se fait entre l'infirmière à domicile et communautaire et l'hôpital. Idéalement, la communication se fait facilement, et il y a une planification qui se fait avant qu'un patient obtienne son congé de l'hôpital. Toutefois, ce n'est pas ainsi que cela se passe pour tout le monde. Je le sais, car j'ai eu cette double expérience : j'ai été infirmière en milieu hospitalier et infirmière à domicile et en milieu communautaire, et je sais que la communication n'est pas toujours aussi bonne qu'elle devrait l'être.

Nous avons appris que la communication est parfois difficile entre les réserves et les hôpitaux locaux, c'est pourquoi l'un des deux grands objectifs du projet dont je vous parlais, le Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones, est d'améliorer la communication. Au Cap-Breton, il y a eu un projet de démonstration visant à accroître, ou à améliorer, la communication entre les infirmières dans les réserves et l'hôpital, et les résultats ont été très positifs. On cherche maintenant des moyens de renforcer cette communication et d'en faire la démonstration à d'autres collectivités de la province pour les encourager à suivre leur exemple. Il y a des problèmes de communication partout, mais c'est un domaine que nous ciblons et où nous espérons apporter des améliorations.

Le sénateur Cordy : Alors, cela s'adresse surtout aux personnes qui ont été hospitalisées et qui vont rentrer à la maison?

Mme Keays-White : Oui, c'est la planification des congés de l'hôpital.

Senator Cordy: What about someone who has needs because of a physical or mental disability, how do you tie into them?

Ms. Keays-White: We have home care services available to people who have not necessarily been in hospital. The doctor would communicate directly with the home community care nurse in the community, who would be able to provide services — limited services, mind you, because as I said, the resources available are really quite limited. The chiefs are frustrated as one or two high-demand clients can exhaust an annual budget fairly quickly. It is really varied.

I talked a little bit about hiring a part-time nurse. However, it is hard to find a qualified person, and that person may want to work full time when we may have only part-time dollars to offer. For a number of months, there might be very little work to do, and then there could be a peak because a very ill person or two very ill people are discharged or need palliative care and so on. Therefore, there is a variation on demand and problem in some communities when you have high-demand clients. Chronic care clients, as you say, someone who has a long-term care problem can also eat up the budget very quickly.

Senator Cordy: You said that the chiefs have set one of the priorities as elder care and, of course, have been looking at addictions, mental health and mental illness as well. If you have addictions early in life, you may continue to have them as you become a senior. You also said that, with community care, if there is money left over in the community care pot that you may be able to offer meals, housekeeping services, et cetera. We have heard also, not just from you, the challenges of getting long-term care for First Nations and Inuit peoples. If you were to provide meals and home care services, people would be able to stay in their homes longer. Therefore, how do you reconcile all of these factors? You are trying to keep people in their homes longer, but if you do not have the finances to provide services that in the long term would be less costly because they are staying in their homes, how do you work around that?

Ms. Keays-White: We are hopeful that the research that was undertaken over the past number of years and that the national joint working group, consisting of Health Canada, INAC, Assembly of First Nations and Inuit Tapiriit Kanatami, are working to put together some policy options that will address that, very broadly speaking. At a national level, it is being addressed, and we are hopeful that there will be long-term solutions available to enable us to enhance the services. In the shorter term, we are working as closely as we can in Atlantic Canada with INAC, our federal colleagues who have responsibilities for the basic part, most of the meal programs, et cetera. However, we provide some funding flexibility to allow communities, if they have additional dollars, to spend them in the same way they would with the INAC program, to enhance the services available there. With the resources that we have, the best

Le sénateur Cordy : Et les personnes qui ont des besoins en raison d'un handicap physique ou mental, comment faites-vous pour les rejoindre?

Mme Keays-White : Nous offrons des services de soins à domicile à des personnes qui n'ont pas été hospitalisées. Le médecin peut communiquer directement avec l'infirmière en soins à domicile et en milieu communautaire, qui peut fournir les services — des services restreints, bien entendu, car, comme je le disais, nous n'avons pas beaucoup de ressources. Les chefs sont frustrés car il suffit d'un ou de deux clients qui ont de grands besoins pour épuiser assez rapidement le budget annuel. Cela varie beaucoup.

J'ai parlé un peu de l'idée d'embaucher une infirmière à temps partiel. Cependant, c'est difficile de trouver une personne qualifiée, et lorsqu'on trouve quelqu'un, elle peut vouloir travailler à temps plein alors que nous n'avons de budget que pour un poste à temps partiel. Il se peut qu'il y ait très peu de travail pendant un certain nombre de mois et que la demande augmente tout à coup lorsqu'une ou deux personnes très malades sortent de l'hôpital ou ont besoin de soins palliatifs, et cetera. Ainsi, la demande fluctue et il y a des problèmes dans certaines collectivités où il y a des clients qui ont de grands besoins. Les clients de soins chroniques, ceux qui ont un problème de santé à long terme, peuvent également épuiser très rapidement le budget.

Le sénateur Cordy : Vous avez dit que les chefs ont fixé comme l'une de leurs priorités les soins pour les aînés et ils s'intéressent, bien entendu, aux dépendances, à la santé et aux maladies mentales. Une personne qui développe une dépendance dans sa jeunesse risque d'en souffrir encore lorsqu'elle devient âgée. Vous avez également dit que s'il reste de l'argent dans le budget des soins communautaires, vous pourriez peut-être offrir des repas, des services d'entretien ménager, et cetera. Nous avons également entendu parler, pas seulement par vous, des difficultés qu'ont les membres des Premières nations et les Inuits à obtenir des soins de longue durée. Si vous fournissiez des repas et des services de soins à domicile, les gens pourraient vivre plus longtemps chez eux. Alors, comment pouvez-vous concilier tous ces facteurs? Vous essayez d'aider les gens à rester plus longtemps à la maison, mais vous n'avez pas les fonds nécessaires pour fournir les services qui, à long terme, coûteraient moins cher, puisque ces personnes vivraient chez elles, comment faites-vous?

Mme Keays-White : Nous espérons que la recherche qui a été entreprise il y a un certain nombre d'années et le groupe de travail mixte national, composé de représentants de Santé Canada, du MAINC, de la l'Assemblée des Premières Nations et de l'Inuit Tapiriit Kanatami, produiront des options de politique pour régler ce problème, de façon très générale. On s'en occupe, au niveau national, et nous espérons qu'il y aura des solutions à long terme qui nous permettront d'accroître nos services. À court terme, nous travaillons d'aussi près que possible avec le MAINC dans le Canada atlantique, nos collègues fédéraux qui ont la responsabilité des soins de base, la plupart des programmes, et cetera. Cependant, nous donnons aux collectivités une certaine marge de manœuvre afin qu'elles puissent, s'il leur reste de l'argent, l'utiliser de manière à améliorer leurs services, tout comme elles le font dans le cadre du programme du MAINC.

effort that we are making is to try to be as flexible as we can in collaborating with our federal and provincial partners to ensure that the available resources are well-utilized. We are hopeful that additional resources will be available at the end of this study.

Senator Cordy: At this time in Atlantic Canada no long-term facilities exist for First Nations and Inuit people, is that correct?

Ms. Keays-White: Not on-reserve, no, and no dedicated First Nations facilities exist off-reserve either.

Senator Cordy: Do you have a plan, or long-term plan, in place? It is challenging because some of the reserves are very small, populations are very small. Sydney, Cape Breton, has some larger reserves, so you could see Membertou, for example, perhaps having their own facility, but then some very small reserves might only have 40 or 50 people. That would create challenges; yet, you have the other dilemma of whether you take someone from a small reserve and move them to Membertou, again as an example, out of their community, which is also not a positive situation because they do not have family members around. Do you have a long-term plan in place for how you see these types of situations happening?

Ms. Keays-White: As you mentioned, probably Eskasoni is the only community that has a population of over 3,000, and even at that, it would be difficult to find justification to build a long-term facility on-reserve. It is just too small; the population does not warrant it. We have started working more closely with the provincial government in Nova Scotia because they are renewing their long-term care program. They are building more facilities there, and this Aboriginal Health Transition Fund project has given us the opportunity to really bring them to the table and to have some solid planning with them. We have suggested — and they have been open to it — that if they are building or renovating any seniors' homes close to a reserve, they work with us and the communities to try to make them more culturally appropriate, such as designating a certain number of beds for First Nations clients and ensuring the décor is appropriate and staff, if possible, are First Nations staff; or, if not, at least culturally trained people who can bring that cultural sensitivity. We have made that effort over the past year as the Nova Scotia government has renewed and infused more money in their long-term care program.

Senator Cordy: Are there currently incentives in place for the First Nations and Inuit people to become health care professionals? I have heard that the numbers are very low.

Ms. Keays-White: The numbers are very low, and it is an issue that we have been grappling with for a number of years. I mentioned that I flew through Thompson. I was only there

Compte tenu de nos ressources, le mieux que nous puissions faire c'est de rester aussi souple que possible dans notre collaboration avec nos partenaires fédéraux et provinciaux afin que les ressources disponibles soient bien utilisées. Nous espérons qu'on disposera de ressources supplémentaires à la fin de cette étude.

Le sénateur Cordy : À l'heure actuelle, dans le Canada atlantique, il n'existe aucune installation de soins de longue durée pour les membres des Premières nations et les Inuits, n'est-ce pas?

Mme Keays-White : Non, il n'existe aucune installation réservée aux Premières nations, ni dans les réserves, ni hors réserve.

Le sénateur Cordy : Avez-vous un plan à long terme? C'est difficile, car certaines réserves sont très petites et très peu peuplées. À Sydney, au Cap-Breton, il y a quelques grandes réserves, comme celle de Membertou, par exemple, qui pourraient avoir leur propre installation, mais il y a d'autres réserves très petites qui comptent seulement 40 ou 50 personnes. Cela crée des difficultés; or, il y a aussi le problème de savoir si vous devez déplacer quelqu'un d'une petite réserve pour l'envoyer à Membertou, par exemple, ce qui n'est pas non plus l'idéal car cette personne n'a aucune famille là-bas. Avez-vous un plan à long terme pour régler ce genre de situation?

Mme Keays-White : Comme vous l'avez mentionné, Eskasoni est probablement la seule collectivité ayant une population de plus de 3 000 habitants, et même dans ce cas-là, il serait difficile de justifier la construction d'un établissement de soins de longue durée sur la réserve. La collectivité est trop petite, la population ne justifie pas une telle construction. Nous avons commencé à travailler en plus étroite collaboration avec le gouvernement provincial de la Nouvelle-Écosse parce qu'il est en train de renouveler son programme de soins de longue durée. On construit beaucoup plus d'établissements, et le Fonds pour l'adaptation des services de santé aux Autochtones nous a donné l'occasion de discuter avec eux et d'établir une planification solide de façon conjointe. Nous avons suggéré — et ils étaient ouverts à notre suggestion — que s'ils construisaient ou renouvellent des résidences pour personnes âgées près d'une réserve, qu'ils collaborent avec nous et les collectivités afin qu'elles soient plus adaptées culturellement, comme en désignant certains lits pour les clients des Premières nations, en s'assurant que le décor est approprié et que le personnel, si possible, soit des gens des Premières nations; sinon, qu'il soit au moins constitué de gens ayant reçu une formation à la sensibilisation culturelle. Nous avons fait cet effort l'an dernier alors que le gouvernement de la Nouvelle-Écosse renouvelait son programme de soins de longue durée et investissait plus dans celui-ci.

Le sénateur Cordy : Y a-t-il actuellement des mesures en place pour inciter des membres des Premières nations et des Inuits à devenir des professionnels de la santé? On m'a dit que le nombre était très bas.

Mme Keays-White : Le nombre est très bas, et c'est un problème que nous essayons de régler depuis un certain nombre d'années. J'ai dit que j'étais passée par Thompson. J'y ai passé

for about an hour last week on my way back from Rankin Inlet. I am part of a national steering committee for the Aboriginal Health Human Resources Initiative. A major objective of that initiative is to try to increase the numbers of Aboriginal people in health professions of all types, not only nursing and medicine but any health-related profession. Therefore, bursaries and scholarships are now available. Another aspect of that is to look at existing health care professionals and increase their cultural awareness and cultural sensitivity. Those are the two major thrusts of that initiative. It is in year three of a five-year initiative. The first year was really just about getting it off the ground, but now it has started to show some growth and uptake. We will not be able to say that we have doubled the number of nursing students by next year. However, one of our objectives is to try to double the number of aboriginal nursing students enrolled in programs.

Senator Mercer: Thank you to both groups for being here. I would like to think that we were smart enough to plan this, but it was probably by accident that we have two different groups here. One group of people that we treat so badly and another group of people who we like to think we treat very well. The contrast is rather stark, how we treat veterans and how we treat aboriginal people, and probably the only good thing is that aboriginal veterans have the advantage to cross over the line.

The Chair: In the past, that has not worked either.

Senator Mercer: Not all the time. I appreciate that.

I wanted to go to Mr. Driscoll's discussion about gambling. We were in Welland, Ontario the other day where we visited the Rose City Seniors' Activity Centre — actually a beautiful place in Welland. We were there for hearings such as this. They gave us a copy of their monthly newsletter. After our meeting, I mentioned off record to the director that they have five fabulous trips planned for the month of May, three of them to casinos: the Tropicana Atlantic City Casino and Resort, in Atlantic City; Fall's View Casino, in Niagara Falls; and Fort Erie Racetrack and Slots, in Fort Erie. If you do not understand the problem, I guess that is it there. The legion itself, though, is a participant in this. The legion my mother goes to every week has a couple of VLTs. Fortunately, she does not play the slots; she is there to have a good time and dance. Is the legion addressing this on a regional or national basis because there is a growing dependence by groups such as the legion?

Mr. Driscoll: We have put on local educational events. We have looked at our staff and made them aware of the cycle, which I explained before, of the person who spends all their money and then comes back in the door. We do try to get that message out. We are partners with Addictions Services, all across Canada, but especially here in Atlantic Canada we have partnered with them on responsible gaming. Some legions actually have a limit so that if someone comes in, they put their \$20 in the machine and once

seulement une heure la semaine dernière lors de mon retour de Rankin Inlet. Je fais partie du Comité directeur national pour l'initiative de ressources humaines autochtones en santé. Un objectif principal de cette initiative est d'accroître le nombre d'Autochtones dans tous les types de professions en santé, non seulement en soins infirmiers et en médecine mais toute profession du domaine de la santé. Par conséquent, des bourses sont maintenant disponibles. Dans le cadre de cette initiative, nous essayons également d'accroître la sensibilisation culturelle des professionnels de la santé actuels. Voilà les deux orientations principales de cette initiative. Elle durera cinq ans et nous en sommes à la troisième année. La première année a seulement servi à lancer l'initiative, mais maintenant elle nous a permis d'obtenir une certaine croissance et plus d'intérêt. Nous ne réussirons pas à doubler le nombre d'étudiants en soins infirmiers d'ici l'an prochain. Cependant, un de nos objectifs est d'essayer de doubler le nombre d'étudiants autochtones en soins infirmiers inscrits dans ces programmes.

Le sénateur Mercer : Je remercie les deux groupes d'être présents. J'aurais aimé pouvoir dire que nous avons pensé à planifier cette réunion de cette façon, mais c'est probablement par accident que nous nous retrouvons avec ces deux groupes différents. Un groupe de personnes que nous traitons très mal et un autre que nous pensons traiter très bien. Le contraste est assez frappant, la façon dont nous traitons les anciens combattants et la façon dont nous traitons les Autochtones, et probablement, le seul aspect positif est que les anciens combattants autochtones ont l'avantage de faire partie des deux groupes.

Le président : Par le passé, cela n'a pas fonctionné non plus.

Le sénateur Mercer : Pas toujours. Je le comprends.

Je voulais parler de ce que M. Driscoll a dit à propos du jeu. Nous étions à Welland en Ontario l'autre jour, et nous avons visité le Rose City Seniors' Activity Centre — un très bel endroit à Welland. Nous étions là-bas pour des audiences, comme celle-ci. Ils nous ont donné une copie de leur bulletin mensuel. Après notre séance, j'ai mentionné en privé au directeur qu'ils avaient cinq magnifiques voyages planifiés pour le mois de mai, dont trois à des casinos : le Tropicana Atlantic City Casino and Resort à Atlantic City; le Fall's View Casino à Niagara Falls; et le Fort Erie Racetrack and Slots à Fort Erie. Si vous ne comprenez pas le problème, eh bien le voilà. Même la légion y participe. La légion où ma mère va chaque semaine possède deux appareils de loterie vidéo. Heureusement, elle ne joue pas aux machines à sous; elle est là pour s'amuser et danser. Est-ce que la légion s'attaque à ce problème au niveau régional ou national parce qu'il y a une dépendance accrue chez des groupes comme la légion?

M. Driscoll : Nous avons organisé des activités éducatives locales. Nous avons discuté avec notre personnel du cercle vicieux, que j'ai expliqué plus tôt, de la personne qui dépense tout son argent et qui revient plus tard. Nous essayons de faire passer ce message. Nous avons des partenaires des services de toxicomanie partout au Canada, mais surtout dans la région de l'Atlantique, nous avons collaboré avec eux au sujet du jeu responsable. Certaines régions ont imposé des limites, et une

that is gone, they do not go back to the machine. We have a time limit of play on the machine as opposed to going into a commercial venture where you could sit for five or six hours. In all honesty, this is not widely adopted; it happens in little pockets in little communities where they know the people and know who can afford what. That does not lessen the fact that, yes, we are still endeavouring to try to set an example. The Royal Canadian Legion considers itself a leader in community-based events and programs. Again, we just have not come up with the answers.

Senator Mercer: A bill has been before the Senate, twice — maybe even three times — proposed by our colleague, Senator Lapointe, from Quebec. The thrust of the bill is to limit the locations; not to ban video lottery terminals but to limit the locations to gambling houses, if you will, racetracks and casinos, taking them out of the corner stores. When I travel by car through New Brunswick, I have stopped at places where I was surprised, in this province, to see video lottery terminals. That has changed a bit, but still, it is surprising to see your corner store with a lottery terminal. Do you think it would help if we limited the number of locations? Now that would, of course, affect you directly because it would mean that the local legion could not have one.

Mr. Driscoll: Senator, it has already been implemented. We are reducing the number of machines in the province to 2,000 currently under the existing formula. The basic rule is that any area accessible to anyone under 19 years of age will have their machines withdrawn. If the machines were in a bowling alley, that bowling alley operator would have that decision to make. If he wants to keep his machines, he has to impose an age limit of 19 or older and give up his youth bowling. If he figures that he could make a go of his business, then that becomes his option. However, he would have to give up his machines.

Right now in this province, probably the average income is \$500 a week from a machine. The maximum number of machines per license is five, so it is a substantial amount of money to a private operator in the run of a year. It pays for their heat and lights. Private businesses counter that, of course, by saying that they will have to shut their doors if they do not have the machines. That decision has already been made. That is one of the base rules coming in. In addition to the casino here in Moncton, there will be, I believe, about 20 licenses granted throughout the province, to a maximum of 25 machines, which will further reduce the numbers. I believe the final implementation will be by 2015, so it is about seven years for the total implementation.

Senator Mercer: With respect to Senator Cordy's comment on the discussion on telemarketing, two years ago, Parliament passed the do-not-call legislation by which people can remove their name from the list. If we ever get the Canadian Radio-television Telecommunications Commission, CRTC, to do their job of enforcing the law instead of trying to make law, which is ongoing, that would be a big help to get seniors names off the list by just

personne qui dépense son 20 \$ dans la machine ne peut plus continuer à jouer. Nous avons un temps limite de jeu à la machine, ce qui est différent de l'approche commerciale où l'on peut jouer pendant cinq ou six heures. Honnêtement, cette approche n'est pas largement adoptée; elle est en place ça et là dans de petites collectivités où tout le monde se connaît et qui peuvent se le permettre. Cela ne change rien au fait que, oui, nous essayons de montrer l'exemple. La Légion royale canadienne se considère comme un chef de file en ce qui concerne les programmes et événements communautaires. Encore une fois, nous n'avons pas encore trouvé les réponses.

Le sénateur Mercer : Un projet de loi de notre collègue, le sénateur Lapointe, du Québec, a été présenté au Sénat deux ou peut-être trois fois. Le but du projet de loi est de limiter les emplacements; non pas bannir les appareils de loterie vidéo mais les limiter aux maisons de jeu comme les hippodromes et les casinos, pour les sortir des dépanneurs. Lorsque je voyage en auto au Nouveau-Brunswick, je m'arrête à des endroits où j'ai été surpris de voir des appareils de loterie vidéo. La situation a changé un peu, mais quand même; il est surprenant de voir un appareil de loterie vidéo dans un dépanneur. Pensez-vous qu'il serait utile de limiter le nombre d'endroits? Bien sûr; cela vous toucherait directement parce que les filiales de la légion ne pourraient en avoir.

M. Driscoll : Sénateur, c'est déjà fait. Nous allons réduire le nombre de machines dans la province à 2 000 selon la formule en vigueur. La règle de base veut que tout endroit où peut entrer une personne de moins de 19 ans se verra retirer ces machines. Si les machines étaient dans une salle de quilles, le propriétaire devra prendre une décision. S'il veut garder ses machines, il devra en interdire l'accès aux personnes de moins de 19 ans. S'il pense que ce sera la bonne solution pour lui, il peut choisir cette option. Sinon, il devra se débarrasser de ses machines.

Présentement dans notre province, le revenu moyen d'une machine se situe probablement à 500 \$ par semaine. Le nombre maximum de machines par permis est de cinq, donc cela représente un montant d'argent important pour un exploitant privé au cours d'une année. Ce montant couvre leur chauffage et leur électricité. Bien sûr, les entreprises privées disent qu'elles devront fermer leurs portes si elles n'ont pas les machines. Cette décision a déjà été prise. C'est une règle de base qui s'en vient. En plus du casino ici à Moncton, il y aura, je crois, environ 20 permis donnés dans l'ensemble de la province, pour un maximum de 25 machines, ce qui réduira encore leur nombre. Je crois que la mise en œuvre totale se fera d'ici 2015, donc d'ici environ sept ans.

Le sénateur Mercer : Pour revenir aux commentaires du sénateur Cordy sur le telemarketing, il y a deux ans, le Parlement a adopté une loi sur l'exclusion des numéros de téléphone pour que les gens puissent retirer leur nom de la liste. Si nous pouvons convaincre le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes, le CRTC, de faire appliquer la loi plutôt que d'essayer de légiférer, ce qu'il fait continuellement,

giving them a simple method of making a phone call to remove their name. I bring that up more for information.

Ms. Keays-White, I was interested in your statement about one project of particular interest to this committee that involves a partnership between Nova Scotia First Nations and the Continuing Care Branch of the provincial Department of Health.

When will it be implemented? Will a study be made of this program to see if it works, and if so, will the study be made public so that other areas can benefit from this?

Ms. Keays-White: Yes, it is the same project that I was just describing to Senator Cordy around the discharge planning in Cape Breton. The funding was only recently approved, so it is just now in the planning stages. However, the success in Cape Breton will try to be replicated throughout Nova Scotia to have better discharge planning in all First Nations communities in coordination with the provincial government. We expect, over the next few years, to be able to show enough of a success rate that, as I mentioned earlier, I believe the New Brunswick chiefs will sit up and take notice, and I am optimistic that perhaps it will have a spill-over effect in all our four provinces.

Senator Mercer: You also said that small communities with small budgets tell you that operating and staffing a home care program is a huge challenge when only a handful of patients require it and that their limited available resources can be exhausted very quickly if one or two residents have intense needs. What happens in these cases?

Ms. Keays-White: The chiefs generally will borrow from other sources of funds because they respect their elders enough to ensure that they get the services, but that runs a deficit in another area. They absorb what they can; I do not know a single chief who has let an elder suffer more than necessary. It becomes a problem in that sometimes they will have a surplus because they will have no one. They can have no one who requires services for a number of years, or very few people, and then they have one or two residents that require a lot of care, and that runs a deficit, so they have to find the resources elsewhere.

Senator Mercer: Mr. Driscoll, in your presentation, you talked about the need for a one-voice-for-all national committee of ongoing seniors' issues with a strategy to ensure that all seniors in Canada receive the same services. We really like this idea. Currently, the legion is interacting with tens of thousands, if not hundreds of thousands of seniors on a regular basis. Is there an effort through your various branches to ensure that the seniors who are coming to the legion, in its various incarnations, are accessing the Canada Pension Plan, or if they qualify for the

cela nous aiderait énormément à retirer le nom des personnes âgées de la liste si elles pouvaient utiliser une méthode simple comme de faire un seul appel téléphonique pour retirer leur nom. Je voulais vous en informer.

Madame Keays-White, j'ai été intéressé par ce que vous avez dit à propos d'un projet qui intéresse particulièrement notre comité à savoir un partenariat entre les Premières nations de la Nouvelle-Écosse et la Direction des soins continus du ministère provincial de la Santé.

Quand sera-t-il mis en œuvre? Est-ce que l'on étudiera ce programme pour savoir s'il fonctionne, et si c'est le cas, est-ce que cette étude sera rendue publique pour que d'autres régions puissent en profiter?

Mme Keays-White : Oui, c'est le même projet que je décrivais au sénateur Cordy concernant la planification des congés d'hôpitaux au Cap-Breton. Le financement vient d'être approuvé, et nous en sommes maintenant aux étapes de planification. Cependant, on essaiera de reproduire le succès du Cap-Breton partout en Nouvelle-Écosse afin d'avoir une meilleure planification des congés d'hôpitaux dans toutes les collectivités des Premières nations en collaboration avec le gouvernement provincial. Avec les années, nous nous attendons à un taux de réussite suffisant pour que, comme je l'ai mentionné plus tôt, les chefs du Nouveau-Brunswick le remarquent, et j'ai bon espoir que ses effets se répercuteront peut-être sur les quatre provinces.

Le sénateur Mercer : Vous avez également dit que des petites collectivités avec des petits budgets vous informent que d'exploiter un programme de soins à domicile et trouver le personnel nécessaire représente un défi énorme lorsqu'il n'y a qu'une poignée de patients et que leurs ressources disponibles limitées peuvent s'épuiser très rapidement si un ou deux résidents ont des besoins criants. Que se passe-t-il dans de tels cas?

Mme Keays-White : Généralement, les chefs prendront des fonds provenant d'autres sources parce qu'ils respectent suffisamment leurs aînés pour s'assurer qu'ils reçoivent les services nécessaires, mais cela crée un déficit dans un autre secteur. Ils absorbent ce qu'ils peuvent; je ne connais pas un seul chef qui a laissé un aîné souffrir plus que nécessaire. Cela peut poser un problème parfois lorsqu'il y a un excédent, faute de clients. Personne n'a besoin de ces services pendant un certain nombre d'années, ou il n'y a que très peu de clients, et lorsqu'il y a un ou deux résidents qui ont besoin de beaucoup de soins, ils se retrouvent avec un déficit, et doivent trouver les ressources ailleurs.

Le sénateur Mercer : Monsieur Driscoll, dans votre exposé, vous avez parlé du besoin d'avoir un comité national parlant au nom de tous pour étudier les problèmes courants des personnes âgées avec une stratégie pour faire en sorte que toutes les personnes âgées au Canada reçoivent les mêmes services. Nous aimons beaucoup cette idée. À l'heure actuelle, la légion est régulièrement en contact avec des dizaines de milliers, ou même des centaines de milliers de personnes âgées. La légion, sous ses différentes formes, veille-t-elle à ce que les aînés qui s'adressent à

Guaranteed Income Supplement, that they are actually getting it? Other than the province of Quebec, we know that a lot of people are not getting the benefits to which they are entitled.

Mr. Driscoll: Each branch is assigned a trained service officer. We carry out our own training programs four times a year to anyone that is appointed to that position by a particular branch. The training ensures that that service officer knows what is available to the senior, what category they fall in, to assist with necessary paperwork and to facilitate that application in whatever manner they can. This is an extension of the Veterans Affairs program that goes out globally. That is being done straight across the country.

With respect to the national committee, I am referring to a national committee with one voice for all, rather than this type of a hearing that comes to us after the fact; we do not know when these things will happen. Sometimes the provincial government's interest in it will spike. They will hold many hearings of which we have all had sit through and listen, and then we do not hear anything for three years. Come election time, a change in the government or someone with a particular interest that has gotten a new profile with government, it will spike up again. However, there is no resolve to anything. I agree with all of the points raised by the presenter on behalf of First Nations. However, if we had a national committee, we could establish some base services for Inuit, for whomever. With the new immigration policies that the Canadian government is looking at, what will we do 15 years from now? Will we try to satisfy everyone's ethnic origin, or will we address seniors' issues as individuals? They are seniors, and there is room for cultural diversity within any type of facility, we believe. However, to do it on a piecemeal basis, it seems that everyone is on a different playing field.

The senator mentioned veterans, and we have enjoyed probably the best seniors' programs that are available in this country, bar none. I am the first one to applaud the people who have gone on before us to make those things happen. We do through Veterans Affairs; however, again, Veterans Affairs is a different block of money. It does not apply to all Canadians. Maybe there should be a level playing field for all Canadians, and that is your right as a Canadian. Therefore, that is what the legion message is attempting to say.

Senator Mercer: At a hearing a week ago in Ottawa, the suggestion was made that certain programs from Veterans Affairs, particularly the Veterans Independence Program, or VIP program, be made available to all Canadians. It would be a terrific way to take a program that has worked extremely well in the veterans' community and give it to the rest of the community.

Mr. Driscoll: We advocate that that is the ideal model for all things to follow. The health issues that are across the board know no boundaries; they are not determined by race, colour or anything else. If you are to be struck down with a terminal illness,

elle ont accès au Régime de pensions du Canada, ou s'ils ont droit au Supplément de revenu garanti, qu'ils le touchent? Outre le Québec, nous savons qu'un grand nombre de personnes ne reçoivent pas les prestations auxquelles elles ont droit.

M. Driscoll : On assigne à chaque filiale un préposé aux services formé. Nous menons nos propres programmes de formation quatre fois par an pour chaque personne nommée à ce poste par une filiale. Cette formation fait en sorte que le préposé aux services connaît les services dont disposent les personnes âgées, à quelle catégorie elles appartiennent, pour les aider avec les formulaires et les demandes, autant que possible. C'est un prolongement du programme des anciens combattants que l'on retrouve partout. Ces activités ont lieu partout au pays.

Quant au comité national, je parle d'un comité national qui parle d'une seule voix, au lieu d'audiences comme aujourd'hui qui ont lieu une fois le fait accompli; nous ne savons pas quand de telles audiences auront lieu. Parfois l'intérêt du gouvernement provincial sera fort. On tiendra de nombreuses audiences auxquelles nous devrons tous participer, et puis nous n'en entendrons plus parler pendant trois ans. Viennent ensuite les élections, il y a un changement de gouvernement ou une personne qui s'intéresse particulièrement à ce sujet a reçu un nouveau portefeuille, et l'intérêt s'accroît encore. Cependant, on ne résout rien. Je suis d'accord avec tous les points soulignés par le représentant des Premières nations. Toutefois, si nous avons un comité national, nous pourrions établir des services de base pour les Inuits ou les autres. Étant donné les nouvelles politiques d'immigration qu'envisage le gouvernement du Canada, que se passera-t-il dans 15 ans? Essaierons-nous de satisfaire chaque groupe ethnique ou est-ce que nous réglerons les problèmes des personnes âgées en tant que personnes? Toutes ces personnes sont des personnes âgées, et nous croyons qu'il est possible d'avoir une diversité culturelle au sein de n'importe quel établissement. Cependant, si l'on adopte une approche fragmentaire, il semble qu'il y ait alors des inégalités.

Le sénateur a parlé des anciens combattants, et nous avons probablement profité des meilleurs programmes pour personnes âgées disponibles au Canada. Je suis le premier à féliciter les gens de la génération précédente qui ont rendu cela possible. Il faut se rappeler que le ministère des Anciens Combattants a son propre budget. Cet argent n'est pas utilisé pour tous les Canadiens. Peut-être que tous les Canadiens devraient être sur un pied d'égalité, et que c'est un droit qu'ils ont. Par conséquent, voilà le message que la légion essaie de communiquer.

Le sénateur Mercer : Lors d'une audience à Ottawa il y a une semaine, on a suggéré que certains programmes du ministère des Anciens Combattants, surtout le Programme pour l'autonomie des anciens combattants, le PAAC, soit accessible à tous les Canadiens. Voilà une excellente façon de prendre un programme qui a extrêmement bien fonctionné pour les anciens combattants et de l'offrir aux autres.

M. Driscoll : Nous croyons que c'est le modèle idéal pour toutes les choses à venir. Les problèmes de santé que l'on retrouve partout ne connaissent pas de frontières; ils ne sont pas fonction de la race, de la couleur ou d'autres facteurs. Si vous souffrez

it will happen regardless; if it is a debilitating illness, it will be the same, and therefore the services should be the same. The implementation of and the access to those services should be simple, straightforward and should be available to all Canadians.

The Chair: Before I turn to Senator Cools I have some very quick questions from our researcher for Ms. Keays-White. Do any of the Atlantic provinces provide home care in First Nations communities either because they are either contacted by the province or through the provincial program?

Ms. Keays-White: There is a real variation with the four provinces. Each has different levels of services. New Brunswick, for example, provides the same program that they have for all New Brunswickers, on-reserve as well. One of the issues that we have is to ensure better communication so that we know who is doing what, and where. However, in New Brunswick they do provide some short-term hospital-type care in the home. In Nova Scotia they do not. There are variations; it is really province by province. We try to ensure that we do our best to adapt to whatever the provincial government is able and willing to pay for. We have a real potpourri of services across the region.

The Chair: How does the per capita funding for home care and palliative care in First Nations communities compare to the per capita funding for the general population? We know, for example, from the Wendy report that the amount of money for social services in Aboriginal communities is significantly less per capita than it is for the non-Aboriginal community. Have you done any comparisons vis-à-vis the funding for home care or palliative care between what the provinces would have for funding and what the aboriginal community would have for funding?

Ms. Keays-White: I am afraid I do not know.

The Chair: We know that provincial budgets for home care services have increased over the past few years across the country. Has there been a similar increase in funding for home care under your branch?

Ms. Keays-White: I am hopeful that that is what will come from the research that has been done and the options that have been proposed.

The Chair: It has not come yet?

Ms. Keays-White: No, it has not come yet.

Senator Cools: I would just like to get some new information if possible. As I was listening to the witnesses, I had this strange sense that for every problem government solves, it creates 20 new ones. I had that sinking feeling as we were talking about the seductions of elderly people to gamble. Ms. Keays-White, in your presentation, you talked about addictions and mental health in First Nations people. Perhaps you could enlighten me about the individuals who have addiction problems. Can you give us an idea of the nature of the addictions? How many of those are seniors, and of those seniors, how many find themselves running afoul of

d'une maladie en phase terminale ou d'une maladie débilitante, la situation sera la même, et donc les services devraient être les mêmes. La mise en œuvre de ces services et l'accès à ces services devraient être simples, faciles et disponibles à tous les Canadiens.

La présidente : Avant de passer au sénateur Cools, j'ai quelques questions brèves provenant de notre attaché de recherche pour Mme Keays-White. Est-ce qu'il y a des provinces de l'Atlantique qui offrent des soins à domicile dans les collectivités des Premières nations soit parce qu'elles sont contactées par la province ou par l'entremise du programme provincial?

Mme Keays-White : Il y a de grandes différences entre les quatre provinces. Les niveaux de service diffèrent. Au Nouveau-Brunswick par exemple, on offre les mêmes programmes à tous, même dans les réserves. Cependant, nous devons améliorer la communication pour savoir qui fait quoi, et où. Le Nouveau-Brunswick offre certains soins de type hospitalier à court terme à domicile. La Nouvelle-Écosse n'en offre pas. Il y a des différences d'une province à l'autre. Nous faisons de notre mieux pour nous adapter à ce que le gouvernement provincial est en mesure de payer. Il y a un véritable amalgame de services d'une région à l'autre.

Le président : Comment le financement par habitant des soins à domicile et des soins palliatifs dans les collectivités des Premières nations se compare-t-il à celui de la population générale? Par exemple, nous savons suite au rapport Wendy que le financement des services sociaux dans les collectivités autochtones est beaucoup moins important par habitant que dans les collectivités non autochtones. Avez-vous fait des comparaisons du financement pour les soins à domicile ou les soins palliatifs entre le financement des provinces et le financement des collectivités autochtones?

Mme Keays-White : Malheureusement, je ne connais pas la réponse.

Le président : Nous savons que les budgets provinciaux pour les soins à domicile se sont accrus au cours des dernières années partout au pays. Y a-t-il eu une augmentation de financement semblable pour les soins à domicile dans votre direction?

Mme Keays-White : J'espère que c'est ce qui se produira suite aux recherches faites et aux options présentées.

La présidente : Cela ne s'est pas encore produit?

Mme Keays-White : Non, cela ne s'est pas encore produit.

Le sénateur Cools : Si possible, j'aimerais obtenir des nouvelles informations. J'écoutais les témoins, et j'avais le sentiment étrange que pour chaque problème résolu par le gouvernement, 20 nouveaux sont créés. J'éprouvais ce sentiment désagréable lorsque nous parlions des personnes âgées que l'on incite au jeu. Madame Keays-White, dans votre exposé, vous avez parlé de la toxicomanie et de la santé mentale des Premières nations. Peut-être pourriez-vous m'éclairer au sujet des personnes qui ont des problèmes de toxicomanie. Pouvez-vous nous donner une idée de la nature de ces problèmes? Combien de ces personnes sont des

the Criminal Code and find themselves incarcerated? Quite often, there is a relationship between addiction and crime.

Mr. Driscoll, do you have any data on the types of situations that you described, basically senior veterans being preyed upon by younger culprits, in other words, victims of crime? Do you have any knowledge of seniors as perpetrators of crime?

Ms. Keays-White, you may be ready to respond.

Ms. Keays-White: Thank you for the question. I hope that I can answer at least some of that. As far as the nature of addictions, the information that we have is mainly anecdotal; it is what we have learned in talking with our communities. The major problem, I think it is fair to say, continues to be alcohol. Alcohol abuse is prevalent in Atlantic Canada and on-reserve as well. It is fair to say, as well, though, that both non-prescription and prescription drug abuse is relatively high in Atlantic Canada on First Nations reserves. The aspect of addictions that was raised repeatedly by the chiefs, when they raised this as a high priority, was the misuse of prescription drugs. That may be, I will not say unique to Atlantic Canada, but it certainly has been identified as a major issue in Atlantic Canada. What percentage of those abusing drugs are elderly versus young would be hard to say. The focus has been on young people, yet when we learn of overdoses, it can be middle-aged people as well.

You do not hear a lot about addictions in seniors, but you do hear some. I know that there are problems with older people who are suffering from addictions to prescription drugs, in particular. However, we do not have any data on that, so I cannot tell you what the extent of the problem is; only that the chiefs believe it is a problem, and it is something that they are wanting us to help them work on.

I also cannot help but tie addictions to gambling because they are related, and one that has not been mentioned so far is bingo. A lot of bingo happens in our rural communities and on First Nations reserves as well. It has not been identified by our chiefs and by the communities as an issue, but deep down we believe it is probably all tied together. I am afraid I cannot answer your question on how many are aging.

Senator Cools: How many run afoul of the Criminal Code?

Ms. Keays-White: I do not know that. I cannot tell you how many seniors specifically run afoul of the law, but I would suspect that addictions in the incarcerated population is very high. We know that there is an overrepresentation of First Nations and Inuit people in our jails and prisons. I would suspect that a very high number of those in the facilities do suffer from addictions as well.

Senator Cools: I was just curious to see if you had any data because there are particular points when the need arises for health services during incarceration and it is not even clear who is really in charge of those problems. There are vast areas where the relationships are really quite grey and unclear. I was just wondering if you had some data.

personnes âgées, et parmi elles, combien violent le Code criminel et se retrouvent en prison? Souvent, il y a une relation entre la toxicomanie et le crime.

Monsieur Driscoll, avez-vous des données sur le genre de situations que vous avez décrit, lorsque d'anciens combattants âgés sont victimes de crimes commis par des jeunes? Êtes-vous au courant de cas de personnes âgées qui commettent des crimes?

Madame Keays-White, peut-être êtes-vous prête à répondre.

Mme Keays-White : Merci de votre question. J'espère pouvoir y répondre au moins en partie. Pour ce qui est du genre de toxicomanie, notre information est surtout de nature empirique; c'est ce que nous avons appris en parlant avec les membres de nos communautés. Le plus gros problème, je crois qu'on peut l'affirmer, continue d'être l'alcool. L'alcoolisme est répandu dans la région du Canada atlantique ainsi que dans les réserves. On peut également affirmer que la consommation abusive de médicaments et de drogues est relativement élevée dans les réserves autochtones de la région atlantique. Les chefs nous ont dit que la priorité était le mauvais usage d'un médicament sur ordonnance. Je ne dirai pas que c'est particulier à la région du Canada atlantique, mais c'est un gros problème là-bas. Il est difficile de dire quel est le pourcentage de jeunes et de vieux qui consomment de la drogue. On s'est surtout intéressé aux jeunes, mais il y a aussi des cas de surdoses chez les gens d'âge moyen.

On n'entend pas beaucoup parler de cas de toxicomanie chez les vieux, mais il y en a quelques-uns. Je sais qu'il y a des cas de personnes âgées accrochées aux médicaments sur ordonnance, en particulier. Par contre, nous n'avons pas de données sur le phénomène, et je ne peux donc pas vous dire quelle est son ampleur. Je peux seulement vous dire que les chefs estiment que c'est un problème, et ils voudraient que nous les aidions à le combattre.

Je ne peux éviter de relier toxicomanie et jeu parce que les deux sont reliés et il y a une chose dont il n'a pas été question jusqu'à présent, et il s'agit du bingo. Il y a beaucoup de bingos dans les localités rurales et dans les réserves des premières nations. Les populations et les chefs ne nous ont pas dit que c'était un problème mais nous sommes convaincus que tout cela est sans doute relié. Je crains ne pas pouvoir répondre à votre question pour ce qui est du nombre qui sont âgés.

Le sénateur Cools : Combien contreviennent au Code criminel?

Mme Keays-White : Je ne le sais pas. Je ne peux pas vous dire combien de personnes âgées enfreignent la loi, mais j'imagine que les toxicomanies dans la population carcérale sont très élevées. Nous savons qu'il y a surreprésentation des populations inuites et des premières nations dans nos prisons. J'imagine qu'un nombre très élevé de détenus sont aussi toxicomanes.

Le sénateur Cools : Je me demandais si vous aviez des chiffres parce qu'il y a des points en particulier lorsque les besoins en services de santé surviennent pendant l'incarcération, et on ne sait trop qui doit s'occuper de ces problèmes. Il y a de grandes zones d'ombre et d'imprécision. Je me demandais si vous aviez des données.

Ms. Keays-White: Unfortunately we do not have a lot of data. Very little research is done in this area. I know from a previous job, where I was working with hepatitis C, we were aware of particularly high injection drug use rates. A study was done eight to ten years ago that showed hepatitis C rates in incarcerated populations were extremely high and of that, the gross proportion of them were First Nations and Inuit as well.

Senator Cools: I do not know the current status, but some senators may know that within the Correctional Service of Canada there was a time in history where they used to reserve certain prisons for older inmates. It used to be thought that you should not put the young, strong, bucks in with the older, aging inmates. I remember around 1980 or 1984, I think, Joyceville, near Kingston, was the institution for inmates who were 50 years and older. In those days, the Collins Bay institution was for the very young and strong group of lads. As you were presenting your evidence, some of these questions just came to mind. We know that Aboriginal peoples have huge problems with addiction, but the solutions are still eluding us.

Ms. Keays-White: One more initiative would be that very recently, within the past couple of months, we had a presentation by Correctional Service of Canada, in an effort to try to increase the partnerships that we have federally, at least. They have shown interest in working with Health Canada's First Nations and Inuit Health Branch. Therefore, I do think that there is room for improvement and growth there.

Senator Cools: That will be good.

Mr. Driscoll: Our victims of crime normally come to us through our organizational meetings and so on. Some of them have been perpetrated by our own organization, on our own organization. Some of the areas that seniors invariably get involved in include car sales, credit card rates and sale of leisure property. A senior is going into a nursing home, and someone knows they own a little cottage out by the lake and tells them that they have got a purchase of lands for community benefit. That is one of the big come-ons. They will go to the elderly person and say, "Well, if you turn that block of land over, we can have a nice treed community for the kids and a playground." However, that is the furthest thing from the developer's mind. They will say anything in order to get that sale through. Those situations actually happen, and we hear the horror stories about it.

Roll-over investments are another major issue. Seniors are told that if, for example, they invest \$500,000 with Company A, they will be paid 15 per cent annual interest on their \$500,000. They call their kids or their grandkids and tell them that they can get 15 per cent interest, and everyone says, "Oh, grandma, that is a great idea. Turn around and invest your money." They do get their 15 per cent, quarterly or whatever; the cheques do come in the mail. However, they do not tell the seniors that the capital that keeps getting re-invested is depleted. Therefore, at the end of a two-year time period, they have collected their 15 per cent, quarterly, but when they go to get their \$500,000, it is no

Mme Keays-White : Malheureusement, nous n'en avons pas beaucoup. Très peu de recherches ont été faites dans ce domaine. Pour avoir travaillé dans le domaine de l'hépatite C, je sais qu'il y a des taux élevés de consommation de drogues par voie intraveineuse. Une étude effectuée il y a huit ou dix ans a montré que le taux d'hépatite C était extrêmement élevé parmi la population carcérale, dont la grande majorité était composée d'Autochtones et d'Inuits.

Le sénateur Cools : Je ne sais pas quelle est la situation actuellement, mais certains sénateurs savent peut-être qu'à Service correctionnel Canada, à une époque, certains pénitenciers étaient réservés aux détenus âgés. On pensait qu'il ne fallait pas loger ensemble des détenus âgés et de jeunes fiers-à-bras. Autour des années 1980 ou 1984, la prison de Joyceville près de Kingston était celle où l'on incarcérait les plus de 50 ans. À cette époque, l'établissement de Collins Bay recevait les jeunes gars musclés. Ces questions me sont venues à l'esprit pendant votre témoignage. Nous savons bien que les Autochtones ont d'immenses problèmes de toxicomanie mais les solutions nous échappent toujours.

Mme Keays-White : Une autre initiative serait que très récemment, ces deux derniers mois, nous avons eu une présentation du Service correctionnel canadien, dans un effort pour multiplier les partenariats que nous avons au niveau fédéral, au moins. Ils se sont dits désireux de travailler avec la Direction générale de la santé des premières nations et des Inuits. Je pense donc qu'il est possible de faire davantage et mieux dans ce domaine.

Le sénateur Cools : Ce serait une bonne chose.

M. Driscoll : Les victimes de crime viennent normalement nous voir lors des réunions d'organisation. Certains des crimes ont été commis par notre propre organisation, notre organisation en a été la victime. Certains des domaines où des personnes âgées sont toujours impliquées sont les ventes de voitures, les taux de cartes de crédit et la vente de biens récréatifs. Une personne âgée entre dans un foyer, et quelqu'un sait qu'elle est propriétaire d'un petit chalet sur le bord d'un lac et lui dit qu'il y a un achat de terrain au profit de la collectivité. C'est un des principaux appâts. La personne dira à la personne âgée : « Si vous nous cédez ce terrain, il y aura un beau quartier boisé pour les jeunes et un terrain de jeu. » Mais c'est bien loin de ce que le promoteur immobilier a en tête. Il dira n'importe quoi pour conclure le marché. Ces choses-là arrivent et nous avons entendu des histoires d'horreur à ce propos.

Les placements renouvelables sont un autre gros problème. On dit à une personne âgée, par exemple, que si elle investit 500 000 \$ dans la compagnie A, elle touchera 15 p. 100 d'intérêts annuellement. Elle téléphone à ses enfants et ses petits-enfants et leur dit qu'ils pourront obtenir 15 p. 100 d'intérêts et ils leur disent tous : « Oh, grand-maman, c'est une excellente idée. Allez, investis ton argent. » Elle reçoit effectivement ses 15 p. 100, tous les trimestres, ou peu importe; le chèque leur parvient dans le courrier. Par contre, on ne lui a pas dit que son capital est constamment réinvesti et s'amenuise. Si bien qu'au bout de deux ans, elle a bien reçu ses 15 p. 100 d'intérêts tous les trimestres

longer there. Only \$50,000 is left. All the broker has to say is, "I have lived up to my responsibility; I have paid you your 15 per cent. We lost that money investing it in the "Hibernia Oil Fields," or whatever when, in actual fact, it is depletion of the account. W-FIVE has just done two major news releases on it this year. Both instances happened, I believe, in the British Columbia or Alberta area. Again, it is a wave that is hitting seniors all across Canada. Atlantic Canada always seems to be the last on people's lists because of our population. Those are some of the issues that have come to light, which we thought were noteworthy enough to bring it to this committee.

In addition, there is no recourse for the senior or for anyone to go back up through the system. It is legal; it is buyer beware. It comes down to the education that the seniors need to have. We, as an organization, have put on a variety of information sessions about security issues. We warn people not to give out their phone numbers or social insurance numbers. One of the most amazing exercises that we used to do was to go to a convention where there would be 300 or 400 people sitting in a row and put a piece of paper in front of each person and ask them to write down their name, address, phone number, social insurance number. Every one of them, invariably, would do it and hand it in. This highlighted how unscrupulous people take could take advantage of unsuspecting people. Many things have helped; for example, the Privacy Act and not allowing organizations to retain information has helped because now there is no release of information. Up until a couple of years ago, anyone could find out my military history through our organization. They could find out where I served, when I served and when I came back from overseas. There were no restrictions. However, now if someone was to call and ask about my military history, with this Privacy Act, we are not allowed to retain our own documentation, so that has put that to rest. I hope that answered some of your questions not raised more questions.

Senator Cools: Yes, it does answer my questions. I was wondering if anyone was collecting any data. The stories are endless. For example, at a particular retirement home — not a nursing home but the intermediate stage — this nice old lady had a taxi driver who used to drive her to the liquor store once a week to buy a bottle of wine, or whatever it was. He discovered that she had pools of cash. She used to go to the bank and come back with cash. He began asking her for a little bit of money, \$25, \$100 and so on, and she just gave it to him. Then he got better and bolder, and one day she went into the bank to withdraw \$10,000. Of course, she had a smart son who had wanted her to have freedom with money, but he had put a limitation on it because he had suspected that something such as this could happen. The bank manager came out to question her, and when she told him that the taxi driver wanted \$10,000, the bank manager went outside and swiftly got the taxi driver's name and information preventing a terrible crime. I would not call it extortion but certainly larceny. I hear similar stories often. I also hear stories about elder abuse.

mais les 500 000 \$, eux, ont disparu. Il n'en reste que 50 000 \$. Le courtier lui dit qu'il a rempli ses obligations en lui remettant les 15 p. 100. L'argent a été perdu dans les gisements pétroliers d'Hibernia, par exemple, alors que le compte a été vidé. L'émission W-FIVE vient de publier deux topos sur le sujet cette année. Les deux cas se sont produits en Colombie-Britannique ou en Alberta, je crois. Encore une fois, c'est un phénomène qui touche les personnes âgées partout au pays. La région du Canada atlantique figure toujours au bas de la liste des gens à cause de notre population. Tels sont certains des problèmes qui sont apparus, qu'il nous a semblé bon de signaler au comité.

En plus, ni la victime ni qui que ce soit d'autre n'a de recours. C'est légal. C'est *caveat emptor*. Il faut informer les personnes âgées. Notre organisation a organisé quantité de séances d'information sur la question de la sécurité. Nous prévenons les gens de ne pas donner leur numéro de téléphone ou numéro d'assurance sociale. Une des choses les plus étonnantes que nous avons faites a été de nous rendre à un congrès où il y avait entre 300 et 400 personnes assises en rangée; nous leur avons remis à chacune un morceau de papier sur lequel nous leur avons demandé d'écrire leur nom, adresse, numéro de téléphone et numéro d'assurance sociale. Ils l'ont tous fait. Cela montre bien comment des individus sans scrupules peuvent profiter de gens qui ne se méfient pas. Beaucoup de choses ont aidé. Par exemple, la Loi sur la protection des renseignements personnels et l'interdiction aux organisations de conserver des renseignements a aidé parce que désormais il n'y pas de communication de renseignements. Jusqu'à il y a deux ans, en passant par mon organisation, n'importe qui aurait pu connaître mes antécédents militaires. On aurait pu savoir où j'ai servi, quand j'ai servi et quand je suis revenu de l'étranger. Il n'y avait aucune restriction. Aujourd'hui, si quelqu'un téléphone pour se renseigner à propos de mes antécédents militaires, grâce à la Loi sur la protection des renseignements personnels, nous n'avons pas le droit de conserver notre propre documentation, alors ça c'est réglé. J'espère avoir répondu à certaines de vos questions et ne pas en avoir suscité d'autres.

Le sénateur Cools : Oui, cela répond à mes questions. Je me demandais si quelqu'un rassemble les données. Les cas sont innombrables. Par exemple, dans une maison de retraités — pas un foyer de soins mais entre les deux — cette gentille vieille dame avait un chauffeur de taxi qui la conduisait une fois par semaine au magasin des alcools pour acheter une bouteille de vin ou autre chose. Il a découvert qu'elle avait un magot. Elle avait coutume d'aller à la banque et de revenir avec du liquide. Il a commencé à lui demander un peu d'argent — 25, 100 \$ et ainsi de suite — et elle le lui donnait. Puis il est devenu plus audacieux : un jour, elle est allée retirer 10 000 \$ à la banque. Évidemment, elle avait un fils futé qui voulait qu'elle soit libre d'employer son argent à sa guise, mais il avait imposé une limite parce qu'il redoutait que quelque chose de ce genre se produise. Le directeur de la banque est venu lui poser des questions et lorsqu'elle lui a dit que le chauffeur de taxi voulait 10 000 \$, il s'est précipité à l'extérieur pour noter le nom du chauffeur et d'autres renseignements pour éviter un crime terrible, je ne dirais pas extorsion, mais en tout cas un vol. J'entends souvent des récits de ce genre. J'entends aussi des récits de maltraitance de personnes âgées.

I have received many phone calls from individuals who are assisting or caring for family members, and they go through a lot of abuse. "Abuse" has such a wide definition. I wish we could divide it up into different denominations. The issues are huge, and, as you say, we frequently come back to anecdotal statements. The situation you described, Mr. Driscoll, with the younger woman who was attempting to marry a fortune, or seduce a fortune, is far more common with both genders than we think. People tend to think it is females to males, but it is across the board. I have heard of an instance where a family had to work to intervene in a particular case, which was not easy to do. We hear all these anecdotes, but I imagine many of these situations elude enumeration and elude being recorded. It would be nice if, at least by the consciousness we will create, more of this data would be collected so that we can have an idea as to when a criminal offence is an isolated event or when it is a pattern. I am told that there are individual deviants who make it a practice to extract monies from seniors. Prisons used to use the expression "Granny fraud" where deviants would rob old people because they were weak and fragile and, quite often, did not know any better. We will have to be able to put our hands on some data, or we could just relate some anecdotes, I suppose.

Mr. Driscoll: I did not mention trustee violations, which is a problem with people who become trustees. Also, I can appreciate your request for documentation. As the Royal Canadian Legion, we do not even have access to servicemen who are hospitalized. We are not allowed to receive any documentation under the current legislation. Therefore, if 10 injured soldiers were to come back from an operational theatre tomorrow and be hospitalized here, the local legion would not know about that unless they are informed by their family or themselves. We have approached Ottawa in regard to that and asked for that exception to be given to the Royal Canadian Legion so that we can conduct our service work.

Senator Cools: It is all very interesting, and it is a huge issue that is getting bigger everyday.

The Chair: Exactly, thank you.

I started Ms. Keays-White off with a huge question, and I will unfortunately end with a huge question. You were talking about the home community care budgets, and I think you said that they were from \$13,000 to \$545,000 depending on the size of the on-reserve community. Has there been any discussion in your branch, and higher up, about getting away from per capita funding and moving toward needs-based funding? Even if it is a community of 50 people, if there is one elder who needs intense interaction, that will use up the \$13,000 plus. I think of Northern Manitoba communities where there are children with intense disabilities; they can use up huge chunks of the funding, and, if those children were living off-reserve, it would not be based on per capita. Have there been any discussions at all?

J'ai reçu beaucoup d'appels téléphoniques de gens qui aident ou s'occupent de membres de leur famille qui subissent beaucoup de mauvais traitements. La maltraitance englobe tellement de choses. J'aimerais que l'on puisse distinguer des catégories. Les problèmes sont énormes et, comme vous l'avez dit, il s'agit souvent d'échos entendus ici ou là. La situation que vous décrivez, monsieur Driscoll, le cas de la jeune femme qui essaie d'épouser une fortune, ou de séduire une fortune, est beaucoup plus répandue que nous le pensons pour les deux sexes. Les gens ont tendance à penser qu'il s'agit de femmes qui essaient d'épingler des hommes mais c'est généralisé. J'ai eu vent d'un cas où une famille a dû intervenir dans une situation difficile. Nous entendons tous ces récits mais j'imagine que beaucoup de ces situations sont impossibles à recenser et à comptabiliser. Ce serait bien si, au moins grâce à la prise de conscience que nous allons créer, plus de données de ce genre étaient rassemblées pour que nous ayons une idée des cas où une infraction criminelle est un cas isolé, et où cela se répète. On m'a dit qu'il y a des dévoyés qui s'emploient à extraire de l'argent à des personnes âgées. Les prisons les appelaient les détresseurs de mémés, des dévoyés qui allaient voler les vieux parce qu'ils étaient faibles et fragiles et souvent ignorants. Il va falloir trouver des données ou se contenter de citer des cas, j'imagine.

M. Driscoll : Je n'ai pas parlé de violations fiduciaires, qui constituent un problème quand les gens deviennent fiduciaires. Aussi, je prends note de votre demande de documentation. À la Légion royale canadienne, nous n'avons même pas accès aux militaires hospitalisés. Nous n'avons pas le droit de recevoir de documents en raison de la loi actuelle. C'est donc dire que si dix soldats blessés reviennent d'un théâtre des opérations demain et sont hospitalisés ici, la section locale de la légion n'en sera pas informée à moins qu'eux-mêmes ou les membres de leur famille nous le disent. Nous avons communiqué avec Ottawa à ce propos et demandé qu'une exception soit accordée à la Légion royale canadienne pour que nous puissions offrir nos services.

Le sénateur Cools : Tout cela est fort intéressant et c'est un immense problème qui ne cesse de croître.

La présidente : Précisément, merci.

Au début, j'ai posé une immense question à Mme Keays-White, et malheureusement, je vais finir de la même façon. Vous avez parlé des budgets des soins à domicile et en milieu communautaire, et je crois vous avoir entendu dire qu'ils variaient entre 13 000 \$ et 545 000 \$ en fonction de la taille de la communauté dans la réserve. Dans votre direction générale et chez vos supérieurs, a-t-il été envisagé d'abandonner le financement par habitant en faveur d'un financement en fonction des besoins? Même s'il s'agit d'une communauté de 50 personnes, s'il y a une personne âgée qui a besoin de beaucoup d'attention, cela va consommer les 13 000 \$ et quelques. Je pense aux collectivités du nord du Manitoba où il y a des enfants sérieusement handicapés qui peuvent consommer une très grande partie des fonds; si ces enfants habitaient à l'extérieur de la réserve, les fonds ne seraient pas calculés par habitant. En avez-vous discuté?

Ms. Keays-White: I am not aware of any. I was just looking to Mr. McGregor, our consultant; he has been working with the national group who is looking at that. I am afraid I cannot answer your question. However, I would be happy to move it up to the national table and put it forward as a suggestion.

The Chair: You may find it in our recommendations, quite frankly, because I just do not think in many of these communities that a per capita cost makes any sense. It assumes that you will be dealing with an average, and if you deal with very small numbers, there is no average; and if you have an on-reserve community in which, perhaps, as many as a third of the children are born with fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects, FAS-FAE — and that is possible in Northern Manitoba — then there goes your average in a very short period of time.

I want to thank all of you very much for your presentations and you, in particular, Ms. Keays-White, I know I put you on the spot and recognize that my frustrations are probably also your frustrations almost every day of your working life. Thank you very much.

The committee adjourned.

MONCTON, NEW BRUNSWICK, Tuesday, May 13, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:06 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Welcome back to our traveling committee on aging to examine and report on the implications of an aging society in Canada. This afternoon we are very lucky to have two representatives from the Prince Edward Island Seniors' Secretariat, Acting Director Faye Martin and Co-chair Anna Duffy. I understand that the minister may be announcing something rather special about palliative care this afternoon. That is exciting.

Faye Martin, Acting Director, Prince Edward Island Seniors' Secretariat: Good afternoon everyone. It is a great pleasure to be here. We had a lovely drive over from P.E.I. this morning across the bridge. Anna Duffy and I will talk to you a bit about what we are doing in P.E.I. and we will be pleased to answer any questions that you might have for us.

I bring greetings from Doug Currie, Minister of Social Services and Seniors, who regrets that he cannot be here today. As we speak, he is announcing, along with our premier a new pilot project for the provision of drugs for palliative care in the home, which is new for P.E.I. We are very pleased about that so I am sure you will forgive him for being there and not here. However,

Mme Keays-White : Pas à ma connaissance. Je regardais M. McGregor, notre expert-conseil; il travaille avec le groupe national qui examine la question. Je crains de ne pas pouvoir vous répondre. En revanche, je me ferais un plaisir de soulever la question à la table nationale et de le suggérer.

La présidente : Cela va peut-être se retrouver dans nos recommandations à nous, honnêtement, parce que je ne pense pas que dans beaucoup de ces communautés le calcul par habitant soit défendable. Cela part du principe qu'il y a une moyenne. Or, quand l'échantillon est très petit, il n'y a pas de moyenne. Et si vous avez une communauté vivant dans la réserve où peut-être jusqu'au tiers des enfants sont nés avec le syndrome d'alcoolisme fœtal et subissent les effets de l'alcool sur le fœtus — et c'est une possibilité dans le nord du Manitoba — alors la moyenne saute en un clin d'œil.

Je tiens à vous remercier tous de vos exposés, vous en particulier, madame Keays-White. Je sais que je vous ai mis sur la sellette et que mes frustrations sont sans doute aussi les vôtres au quotidien. Merci beaucoup.

La séance est levée.

MONCTON, NOUVEAU-BRUNSWICK, le mardi 13 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 6, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bienvenue à cette nouvelle séance de notre comité itinérant, qui est chargé d'examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne. Nous sommes très chanceux de recevoir cet après-midi deux représentants du Secrétariat aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard, la directrice par intérim, Mme Faye Martin, et la coprésidente, Mme Anna Duffy. D'après ce que j'ai compris, le ministre va peut-être faire l'annonce de quelque chose d'assez spécial au sujet des soins palliatifs cet après-midi. C'est excitant.

Faye Martin, directrice par intérim, Secrétariat aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard : Bonjour tout le monde. Nous sommes très heureuses d'être ici. Nous sommes venues en voiture de l'Île-du-Prince-Édouard, en passant par le pont, et ça a été très agréable. Mme Duffy et moi allons vous parler un peu de ce que nous faisons à l'Île-du-Prince-Édouard, et nous serons heureuses de répondre à vos questions.

Je vous transmets le bonjour de M. Doug Currie, ministre des Services sociaux et des Aînés, qui regrette de ne pouvoir être ici aujourd'hui. Il est en ce moment même en train d'annoncer, avec notre premier ministre, le lancement d'un nouveau projet pilote pour la prestation de médicaments en traitement palliatif à domicile, ce qui est quelque chose de nouveau à

he has read your report, is terribly impressed with it, and has asked me to bring along those comments to you.

We are in the very early stages of the evolution of our Seniors Secretariat. Up until 2005, our social services and seniors function was a part of the larger Department of Health and Social Services. At that time, the departments were divided and we were given our own infrastructure with our own deputies et cetera. I am sure you can appreciate a senior's file when you are in a department of health and social services. It is like sleeping with an elephant and every time it rolls over, you fall out of bed, so we have a lot of catching up to do. The Seniors Secretariat, which is a little bit of a misnomer, was created very shortly after the creation of the Department of Social Services and Seniors. The secretariat supports the work of an 11-member board co-chaired by Anna Duffy and Minister Doug Currie. It is comprised of deputy ministers from the Departments of Economic Development, Health, Communities, Cultural Affairs and Labour, the Population Secretariat and the Executive Council. The remainder of the board is made up of representatives from the senior's community at large.

At the moment, we are re-examining that structure. The mandate of the structure is found in the three primary areas of public education and awareness, communication and the exchange of information with the seniors' community acting as a gateway to government programs and services and influencing policy development in government. We have found that the present structure is not as effective as we would like it to be and we are presently looking at decommissioning the secretariat as it is and recommissioning it into another format. We are in the development stages of those changes. We are very impressed with the situation in Nova Scotia and we see that as the best practice around a seniors' function within government.

We consider the second interim report to be a very impressive document that addresses all the points that we would love to see addressed for our senior population. We have a way to go in P.E.I. but we have some best practices concerning Chapter 2 "Active Aging and Ageism." I believe you have heard from our folks from the Seniors College of P.E.I. We are quite proud of that program and the secretariat continues to support it. In fact, this year we were able to offer increased support to the Seniors College.

The lifelong learning piece is important. The other side of that is that our senior population has very significant literacy issues. So, while on one hand we are able to offer a seniors' college model to a segment of our population, we are aware that many of our seniors are disenfranchised because of their literacy levels. These seniors are unable to partake in educational and learning opportunities and have difficulty reading their prescriptions.

l'Île-du-Prince-Édouard. C'est une très bonne nouvelle pour nous, et je suis convaincue que vous lui pardonnerez d'être là-bas et non ici. Cependant, il a lu votre rapport, il a été très impressionné et il m'a demandé de vous le dire.

Nous en sommes au tout début de l'évolution de notre Secrétariat aux aînés. Avant 2005, notre fonction relative aux services sociaux et aux aînés faisait partie du ministère de la Santé et des Services sociaux. À l'époque, c'était deux ministères différents, et on nous a dotés de notre propre infrastructure, de nos propres sous-ministres, et ainsi de suite. Je suis sûre qu'on est bien placé pour examiner les cas des aînés lorsqu'on fait partie du ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous sommes aux prises avec un très gros dossier, et nous avons beaucoup de rattrapage à faire. On a créé le Secrétariat aux aînés, qu'on a plus ou moins bien nommé, peu après le ministère des Services sociaux et des Aînés. Le secrétariat appuie le travail d'un conseil composé de 11 membres qui est coprésidé par Mme Anna Duffy et par le ministre Doug Currie. Le conseil compte comme membres les sous-ministres des ministères du Développement économique, de la Santé, des Collectivités, des Affaires culturelles et du Travail, du Secrétariat de la population et du conseil exécutif. Le reste du conseil est formé de représentants des groupes d'aînés en général.

À l'heure actuelle, nous sommes en train de réexaminer cette structure. Le mandat du secrétariat touche trois domaines principaux, qui sont l'éducation et la sensibilisation de la population, la communication et l'échange d'information avec les aînés, et le secrétariat sert de point d'accès aux programmes et services gouvernementaux et il exerce une influence sur le processus d'élaboration des politiques gouvernementales. Nous avons constaté que la structure actuelle n'est pas aussi efficace que nous le souhaiterions, et nous envisageons de lui donner une nouvelle forme. Nous en sommes à l'étape de la définition des modifications. Nous sommes très impressionnés par ce qu'on fait en Nouvelle-Écosse, et nous voyons les pratiques en vigueur dans cette province comme des pratiques exemplaires pour ce qui est de la fonction gouvernementale relative aux aînés.

Nous voyons le second rapport provisoire comme un document très impressionnant, dans lequel sont abordés tous les points que nous aimerions voir régler en ce qui concerne notre population d'aînés. À l'Île-du-Prince-Édouard, nous avons du travail à faire, mais nous avons certaines pratiques exemplaires qui ont trait au chapitre 2 du rapport intitulé « Vieillesse active et âgeisme ». Je pense que vous avez entendu le témoignage des représentants du Seniors College de l'Île-du-Prince-Édouard. Nous sommes très fiers de ce programme, et le secrétariat continue de l'appuyer. En fait, cette année, nous avons été en mesure d'offrir un soutien accru au Seniors College.

Le thème de l'apprentissage continu est important. L'envers de la médaille, c'est que notre population d'aînés est aux prises avec d'importants problèmes d'analphabétisme. Ainsi, même si nous avons été en mesure d'offrir un modèle de collège pour les aînés à un segment de notre population, nous savons que beaucoup de nos aînés n'y ont pas accès parce qu'ils n'ont pas les capacités nécessaires en matière de lecture et d'écriture. Ceux-ci sont

This committee is aware of all of the adverse impacts of not being able to read well.

In terms of social isolation, again my mind always goes back to literacy and how isolating it must be for folks who cannot even enjoy a good book. In the area of social isolation we have a challenge in P.E.I. in that we do not have a public transportation system except in the Charlottetown area and even it is limited. That is a challenge for us.

In terms of older workers' retirement and income security, we have some interesting initiatives underway. These initiatives are just starting in P.E.I. out of necessity more than anything else. Our workforce is migrating to Alberta. Our population is not shrinking. We have been making up for out-migration through in-migration but our population is aging. We have the third largest percentage of senior population in the country, very close to being the second. We hope to attract some of our workers back into the workforce and there are initiatives underway in that regard. Clearly, issues around taxation of income and OAS and GIS are of interest to us, or tax thresholds and I know there have been some advances made in that regard.

Concerning "Healthy Aging" Chapter 4, a huge area of concern for us in is our formulary and our drug program. Our hopes of a national drug strategy with federal-provincial-territorial, FTP, partnerships are fast fading. Minister Currie and Minister Clement will co-chair the FPT Geneva Health Forum next week. Minister Currie is going to speak with them about the national pharmaceutical strategy and where it is not going.

We have a lot of ground to make up in P.E.I. We are way below the national average on expenditures for drugs for our citizens so we are rapidly working on that issue. I am the acting director of the pharmacy program so I am painfully aware of the work that we have to do. It would be helpful to have our federal partners at the table with us on that issue.

We are re-working some of our dental programs to be more accessible to seniors. My dental consultant reminds me frequently that this is the first generation of seniors that will be entering their senior years predominantly with their own teeth so that comes with challenges. It is great, but not if you do not have a dental plan or do not have access to good dental care it can be a problem.

incapables de participer aux activités d'enseignement et d'apprentissage, et ils ont de la difficulté à lire les ordonnances de leur médecin. Les membres du comité sont conscients de tous les problèmes que vivent les personnes qui ont de la difficulté à lire.

Pour ce qui est de l'isolement social, encore une fois je ne peux m'empêcher de penser au problème de l'analphabétisme et à l'isolement que doivent vivre les gens qui ne peuvent même pas avoir le plaisir que procure la lecture d'un bon livre. Du point de vue de l'isolement social, le problème que nous avons à l'Île-du-Prince-Édouard, c'est qu'il n'y a pas de réseau de transport en commun, sauf dans la région de Charlottetown, et même là, c'est un réseau très limité. C'est un problème pour nous.

Pour ce qui est de la retraite et de la sécurité du revenu des travailleurs âgés, il y a chez nous des initiatives intéressantes en cours. Ces initiatives commencent à peine à l'Île-du-Prince-Édouard, par nécessité plus qu'autre chose. Notre main-d'œuvre migre vers l'Alberta. La taille de notre population ne diminue pas. Nous avons compensé l'immigration en accueillant des immigrants, mais notre population vieillit. Au chapitre de la proportion de personnes âgées au sein de la population, nous occupons le troisième rang au pays, mais nous sommes très près du deuxième rang. Nous espérons réussir à récupérer une partie de nos travailleurs, et il y a des initiatives en cours à cet égard. C'est clair que les questions qui touchent l'imposition du revenu, la SV et le SRG nous intéressent, ou encore la question des seuils d'imposition, et je sais qu'il y a eu des progrès dans ce domaine.

En ce qui concerne le chapitre 4, « Vieillir en santé », une chose qui nous préoccupe énormément, c'est notre programme de formulaire et de médicaments. Nos espoirs concernant l'adoption d'une stratégie nationale dans le domaine, dans le cadre d'un partenariat fédéral-provincial-territorial, s'évanouissent rapidement. Le ministre Currie et le ministre Clement vont coprésider le forum fédéral-provincial-territorial de Genève sur la santé la semaine prochaine. Le ministre Currie va discuter avec les gens qui vont participer à ce forum de la stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques et du fait qu'elle n'aboutit pas.

Nous avons beaucoup de rattrapage à faire à l'Île-du-Prince-Édouard. Les sommes que nous dépensons pour procurer des médicaments à nos citoyens sont très inférieures à la moyenne nationale, et nous essayons de régler rapidement ce problème. Je suis la directrice par intérim du programme relatif aux médicaments et j'ai donc une conscience aiguë de ce que nous devons faire. Ce serait utile pour nous que nos partenaires fédéraux participent aux débats sur cette question.

Nous sommes en train de remodeler certains de nos programmes de soins dentaires pour les rendre plus accessibles aux aînés. Mon dentiste consultant me rappelle fréquemment que c'est la première génération de personnes âgées qui va garder ses dents jusqu'au troisième âge, ce qui pose un défi à certains égard. C'est une très bonne chose, mais, si les gens n'ont pas accès à un régime de soins dentaires, ou encore s'ils n'ont pas accès à de bons soins, ça peut être un problème.

Concerning abuse and neglect, unfortunately we are no different in P.E.I. We may be the "gentle province," but we do have issues concerning the abuse of our senior citizens. We do a great amount of work around this issue. We have spent the last year doing panels out in our communities on financial elder abuse which have gone really well. P.E.I., as I am sure many of you are aware, is unique in that we can really reach the grassroots if we put effort into it. It is interesting to go out to small communities with a panel of three or four. We take the adult protection officer, a public trustee, a fraud specialist from the RCMP, and usually a local bank officer and we go out and we speak to small communities. We hear very interesting comments from the seniors. This year, for World Elder Abuse Awareness Day we are using the panel format to go out with caregiver stress as our topic.

Housing is a huge issue for us as it is everywhere in the country. In my capacity as director of housing, tomorrow morning, I meet with the minister to brief him on a newly developed strategy around our housing issues. Seniors housing is right up on the top of the list. The ways of the past are not working any more with respect to housing for seniors as you very appropriately address in your document. We are challenged with the creativity that we need to do the right thing. Throwing money at a situation is not always the best answer although we could use some financial resources, too.

Our federal-provincial affordable housing agreements are expiring and we do not have intentions scheduled to re-sign them, which leaves us in a precarious position in that we rely on those affordable housing agreements with the federal government and our work through CMHC for some of our funding. Our FPT relationships concerning housing are a bit sensitive right now.

About 14 months ago, we reintroduced a program called the Seniors Emergency Home Repair Program, which has been hugely successful. The program is for seniors who are still in their own homes and enables them to renovate their homes to be more energy efficient. The goal of the program is to enable such seniors to stay in their homes longer and more comfortably. The program was a huge success this past winter. We are looking at revising that program so that maybe we can put some more money into it and expand the criteria a little bit.

Concerning Chapter 6 and regional distribution for health care costs, I like all of the ideas. Certainly, on the equalization formula, the comprehensive fiscal needs component is very attractive to us.

En ce qui a trait à la violence et à la négligence, malheureusement, notre province n'est pas différente des autres. On appelle l'Île-du-Prince-Édouard « la douce province », mais il y a des problèmes de violence envers nos citoyens âgés. Nous faisons beaucoup de travail pour régler ce problème. Nous avons passé toute l'année qui vient de s'écouler à organiser des ateliers sur l'exploitation financière des aînés dans nos collectivités, et ça s'est très bien passé. L'Île-du-Prince-Édouard, comme, j'en suis sûre, beaucoup d'entre vous le savez, est une province unique, en ce sens que nous pouvons vraiment joindre des gens dans le milieu communautaire lorsque nous y mettons l'effort nécessaire. Il est intéressant de se rendre dans les petites collectivités avec un groupe de trois ou quatre intervenants. Nous mobilisons l'agent de la protection des adultes, un curateur public, un spécialiste des fraudes de la GRC et, habituellement, un directeur de banque de l'endroit, et nous organisons des séances pour discuter avec les membres des petites collectivités. Les aînés nous disent des choses très intéressantes. Cette année, pour la Journée internationale de sensibilisation à la violence à l'égard des aînés, nous allons organiser ce genre de réunion pour parler du stress vécu par les soignants.

Le logement est pour nous un problème très grave, comme partout ailleurs au pays. À titre de directrice du logement, je vais rencontrer le ministre demain matin pour lui faire un compte rendu d'une nouvelle stratégie touchant les problèmes de logement. Les logements pour les personnes âgées figurent tout en haut de la liste. Ce qu'on disait dans le passé ne fonctionne plus en ce qui concerne les logements pour les personnes âgées, comme vous l'expliquez de façon très pertinente dans votre document. Le défi qui se pose, pour nous, c'est de faire preuve de la créativité nécessaire pour faire ce qu'il convient de faire. L'argent n'est pas toujours la solution, quoique cela ne nous ferait pas de tort de disposer de plus de ressources financières.

Nos ententes fédérales-provinciales sur le logement abordable tirent à leur fin, et leur renouvellement n'est pas prévu, ce qui nous met dans une situation précaire, puisqu'une partie de notre financement dépend de ces ententes sur le logement abordable conclues avec le gouvernement fédéral et du travail que nous effectuons par l'intermédiaire de la SCHL. À l'heure actuelle, nos relations FPT sont un peu fragiles au chapitre du logement.

Il y a 14 mois environ, nous avons réinstauré un programme intitulé Programme de réparations domiciliaires d'urgence pour les aînés, qui a connu un succès retentissant. Le programme vise les aînés qui continuent de vivre dans leur propre maison, et il leur permet de rénover leur maison afin d'en améliorer l'efficacité énergétique. L'objectif du programme est de permettre aux aînés de vivre dans leur maison pendant plus longtemps et dans un plus grand confort. Il a connu énormément de succès l'hiver dernier. Nous envisageons de réviser le programme pour peut-être y injecter davantage d'argent et étendre un peu les critères d'admission.

En ce qui concerne le chapitre 6 et la répartition régionale des coûts en soins de santé, j'aime toutes les idées qui figurent dans le rapport. Chose certaine, pour ce qui est de la formule de péréquation, l'idée d'une disposition exhaustive sur les besoins fiscaux est attrayante à nos yeux.

On the health transfer, both the needs and the costs pressures formula would be of interest to us and the social transfer, the supplementary, to allow for uneven aging. Without bringing along a very knowledgeable economist to go into the details, the options addressed in those areas would be of great interest to us. I think the reasons why would be evident and obvious to the committee.

We sort of hate to say this but we are a have-not province. We have so much in P.E.I. but we face the challenge to look down the road to see how we are going to keep with the economy and advance it further. Our primary industries are changing. We are challenged with moving toward more value-added ways of developing our economy and unless we are able to do that, we will not have the tax base to afford what we need to keep what we have and to advance it. Our health care system alone is a very scary business. We have challenges

Anna Duffy, Co-Chair, Prince Edward Island Seniors' Secretariat: Our workforce is diminishing while our senior population is increasing.

I would like to commend the committee on its recommendations for credits for volunteerism. We have the highest per capita rate of volunteerism in Canada. Our volunteers depend on infrastructure assistance. Through the New Horizons for Seniors Program, we have been able to access funding for seniors clubs, organizations and non-profit organizations. The tax credit for volunteerism is an attractive recommendation and ensures the multi-year funding for volunteer activities. I think they apply to many people on Prince Edward Island.

The Chair: Ms. Duffy, let me begin with that specific issue because we have had some criticism concerning that recommendation.

The criticism comes, not because they do not want to get more money into the hands of volunteers. They think that aspect is a good one; however, they say that the tax credit system benefits only those people who pay taxes. They point out that lower income volunteers who do not pay tax would not benefit from the tax credit.

They have charged us with finding something that would reach the volunteers but not in terms of paid tax credit, per se. We have heard a variety of suggestions. One for example is to provide bus passes or, in areas without bus transportation, a grant equivalent to the bus tax to all people over the age of 65 years. The suggestion is that those people, who own their own cars, are upwardly mobile and have average or above average incomes and would probably not apply for the free bus pass. However, the

Quant au transfert relatif à la santé, les besoins et la formule de calcul des pressions de coût nous intéressent, tout comme le transfert social, le programme supplémentaire visant à compenser le vieillissement inégal. Même si nous n'avons pas amené avec nous d'économistes très au fait de la question pour entrer dans le détail, les options proposées dans ces domaines nous intéressent au plus haut point. Je pense que les raisons pour lesquelles cela nous intéresse sont évidentes.

C'est quelque chose que nous détestons dire, dans un sens, mais nous sommes une province pauvre. Nous avons des ressources, mais le défi, c'est d'envisager l'avenir et la façon dont nous allons continuer de stimuler l'économie. Nos principales industries sont en train de changer. Nous sommes confrontés à la nécessité d'axer les mesures sur la valeur ajoutée pour assurer la croissance économique, et, si nous ne le faisons pas, nous ne disposerons pas de l'assiette fiscale nécessaire dont nous avons besoin pour conserver nos acquis et pour assurer la croissance. Le système de santé, à lui seul, est quelque chose qui fait très peur. Nous avons des défis à relever.

Anna Duffy, coprésidente, Secrétariat aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard : La taille de notre main-d'œuvre diminue, tandis que celle de notre population d'aînés augmente.

Je veux féliciter le comité des recommandations qu'il a formulées en ce qui concerne les crédits pour le bénévolat. Notre province vient au premier rang au chapitre du taux de bénévoles par habitant. Nos bénévoles comptent sur l'infrastructure de soutien. Grâce au programme Nouveaux Horizons pour les aînés, nous avons pu obtenir du financement pour les clubs et les organisations de personnes âgées, et notamment les organisations sans but lucratif. La recommandation concernant le crédit d'impôt au bénévolat est intéressante, et son application garantirait le financement pluriannuel de certaines activités bénévoles. Je pense que beaucoup de gens pourraient en profiter à l'Île-du-Prince-Édouard.

La présidente : Madame Duffy, permettez-moi de commencer précisément par cette question, puisqu'on a formulé certaines critiques au sujet de cette recommandation.

Certaines personnes ont critiqué notre idée, mais ce n'est pas parce qu'elles ne veulent pas qu'on donne davantage d'argent aux bénévoles. Selon ces critiques, ça, c'est le bon côté; cependant, ils disent que le système des crédits d'impôt ne profite qu'aux gens qui paient des impôts. Ils nous font remarquer que les bénévoles dont le revenu est faible et qui ne paient donc pas d'impôts ne profiteraient pas du crédit d'impôt.

Ils nous ont chargés de trouver quelque chose qui profiterait aux bénévoles, mais qui ne soit pas un crédit d'impôt. Nous avons entendu toutes sortes de suggestions. Il y a par exemple l'idée de distribuer des laissez-passer d'autobus, ou encore, dans les régions où il n'y a pas d'autobus, d'accorder une subvention équivalente au prix d'un laissez-passer d'autobus à toute personne de plus de 65 ans. L'idée, c'est que les gens qui possèdent leur propre voiture sont plus mobiles et ont un revenu moyen ou supérieur à la

people without automobiles, or thinking about giving up their cars, would access the free bus pass option.

Another suggestion is to provide volunteer organizations with some kind of pocket of money, which they could use for their volunteers to pay for transportation, gas, meals et cetera.

I would like your comments about that because I must say, we like the idea of a tax credit for volunteers. That is why we put it in the interim report, but then we started on the road we began to get all this criticism of how inequitable it would be for some seniors.

Ms. Duffy: I was just wondering how the free bus pass system operates. Does that mean that seniors would not pay bus fare? Who would fit the bill? Would the government or some other institution pay? In Charlottetown if the seniors were not using the bus system, the bus system could not exist. Students and seniors keep the system working so there would have to be some type of compensation for the transportation system. It would have to receive compensation in some form or it would fail.

The Chair: We have not drawn up the details, but I think most of us envisage that the federal government would in fact grant funds to the community in terms of the number of seniors who applied for a bus pass.

Ms. Duffy: It certainly would be helpful and it would help in the isolation of seniors because many seniors within the Charlottetown area like to go to their clubs to play cards, et cetera. There are times that these seniors cannot enjoy these forms of entertainment and socialization. Such a program would certainly help the volunteers and people who want to get out and improve their social life; there is no question about that.

The Chair: Do you have any concerns that the tax credit would not be fair to low-income seniors?

Ms. Duffy: I had not even thought of that aspect of it. I really had not.

Ms. Martin: I am wondering if this is probably not a one-size-fits-all solution. We have a volunteer-related program for students who are about to go on to post-secondary education. The community development boards run the program. The students volunteer in communities during the summer and they get credits toward their tuition at a post-secondary institution. There is an infrastructure in place to monitor the registration of volunteers and somehow compensate them. I think if there were a number of alternatives to compensate senior volunteers that there

moyenne, ce qui fait qu'ils ne demanderaient pas le laissez-passer gratuit. Les gens qui ne possèdent pas de voiture ou ceux qui songent à s'en départir, cependant, pourraient demander le laissez-passer d'autobus gratuit.

Une autre idée consiste à accorder une certaine somme d'argent aux organisations de bénévoles, qui pourraient l'utiliser pour payer le transport, l'essence, les repas, entre autres, de leurs bénévoles.

J'aimerais que vous me disiez ce que vous en pensez, parce que je dois dire que nous aimons cette idée d'un crédit d'impôt pour les bénévoles. C'est la raison pour laquelle nous l'avons mise dans le rapport provisoire, mais on l'a beaucoup critiquée depuis le début de notre voyage et on nous a expliqué en quoi ce serait injuste pour certains aînés.

Mme Duffy : Je me demandais justement comment le système de laissez-passer gratuits fonctionne. Est-ce que ça veut dire que les personnes âgées ne paieraient plus pour prendre l'autobus? Qui paierait la facture? Est-ce que ce serait le gouvernement ou une autre organisation? À Charlottetown, si les personnes âgées n'utilisaient plus le réseau d'autobus, celui-ci cesserait d'exister. Ce sont les étudiants et les aînés qui financent le réseau, et il faudrait qu'il y ait une compensation pour le réseau de transport. Il faudrait que la société de transport reçoive une compensation de quelque sorte, sinon elle ne pourrait plus offrir le service.

La présidente : Nous n'avons pas réglé tous les détails, mais je pense que la plupart d'entre nous envisageons l'idée que le gouvernement fédéral accorde des fonds à la collectivité en fonction du nombre de personnes âgées qui demanderaient un laissez-passer gratuit.

Mme Duffy : Ce serait certainement une bonne chose, et ça contribuerait à réduire l'isolement dans lequel vivent les aînés, parce qu'il y en a beaucoup dans la région de Charlottetown qui aiment se rendre à leur club pour jouer aux cartes, et ainsi de suite. Parfois, ces aînés ne peuvent profiter de ces formes de divertissement et de socialisation. Ce genre de programme viendrait certainement en aide aux bénévoles et aux gens qui veulent faire quelque chose pour améliorer leur vie sociale; cela ne fait aucun doute.

La présidente : Est-ce que l'idée que le crédit d'impôt puisse être injuste pour les personnes âgées dont le revenu est faible vous inquiète?

Mme Duffy : Je n'avais même pas pensé à cet aspect de la question. Vraiment, je n'y avais pas pensé.

Mme Martin : Je me dis que ce n'est probablement pas une solution universelle. Nous avons un programme lié au bénévolat qui vise les étudiants qui sont sur le point d'entamer des études postsecondaires. Ce sont les conseils de développement communautaire qui dirigent ce programme. Les étudiants qui participent font du travail bénévole dans les collectivités pendant l'été, et ils obtiennent en échange des crédits pour leurs frais de scolarité dans un établissement d'enseignement postsecondaire. Il y a une infrastructure en place pour effectuer le suivi des

would be a way that we could administer that type of program, which is already in place.

We had a meeting of the Seniors' Secretariat the other day and we were talking about volunteerism. One of the representatives pointed out that the baby boomers want something in return for volunteer hours, so, we might have to get serious about this issue sooner rather than later.

Ms. Duffy: It may not exist among the seniors right now but it is coming.

Ms. Martin: Yes, it is coming. I think that with the help of some creativity we could find a number of different ways to handle this situation. Most of our senior population is in the Charlottetown area. Most of us have our own vehicles or access to them and many seniors will ask others to drive them in a private car, however they do not like to ask if they cannot compensate the driver or car owner. Of course, with the price of gas going the way it is, it is even more critical.

Ms. Duffy: I know we do not have a public transportation system except in Charlottetown so it might benefit the people in that area but in the rural areas and in the other communities, it really would not have any effect.

Senator Cordy: These are all such interesting issues.

Senator Cools and I were talking earlier and saying before we started we thought this is sort of going to narrow it down but we have been hearing so many interesting things that we will now have to write an encyclopedia, I think. It has really been fascinating for us to leave Ottawa and to come to come to the Atlantic region. It is special for me as I come from Nova Scotia.

I am interested in your comments, Ms. Martin, about the Seniors' Secretariat and that you are looking at public education and communication and influencing policy development. As you mentioned earlier, you are from a smaller province so in some ways, getting information out is not as challenging as it is from the national perspective when we are trying to get information across the country.

Have you found effective communication tools, because we hear about seniors who are not aware of programs, such as Canada Pension Plan as an example?

inscriptions et pour offrir une rétribution aux bénévoles. Je pense que s'il y avait un certain nombre de possibilités pour ce qui est de rétribuer les personnes âgées qui font du travail bénévole, il y aurait moyen d'administrer ce genre de programme qui existe déjà.

Nous avons tenu une réunion du Secrétariat aux aînés l'autre jour, et nous avons parlé du bénévolat. L'un des représentants a signalé le fait que les baby boomers veulent obtenir quelque chose en échange des heures de travail bénévole qu'ils font, alors nous allons peut-être devoir envisager cette question avec sérieux bientôt.

Mme Duffy : Ce n'est peut-être pas quelque chose qui se passe chez les aînés à l'heure actuelle, mais ça s'en vient.

Mme Martin : Oui, ça s'en vient. Je pense qu'avec une certaine dose de créativité, nous pourrions trouver différentes façons de régler cette situation. La majeure partie de notre population d'aînés vit dans la région de Charlottetown. La plupart d'entre nous possédons un véhicule ou avons un accès à un véhicule, et il y a beaucoup d'aînés qui demandent aux autres de les conduire en voiture, mais ils n'aiment pas demander cette faveur s'ils ne peuvent offrir quelque chose au chauffeur ou au propriétaire de la voiture en échange. Bien entendu, vu la façon dont le prix de l'essence évolue, ça devient de plus en plus important.

Mme Duffy : Je sais que nous n'avons pas de réseau de transport en commun, sauf à Charlottetown, ce qui veut dire que la mesure profiterait aux gens de la région, mais elle n'aurait vraiment aucun effet dans les régions rurales et dans les autres collectivités.

Le sénateur Cordy : Toutes ces questions sont tellement intéressantes.

Le sénateur Cools et moi discutons tout à l'heure, et nous nous disions avant de commencer que nous pensions que la séance allait préciser les choses, mais nous entendons maintenant tellement de choses intéressantes que nous allons devoir rédiger une encyclopédie, je pense. Ça a vraiment été quelque chose de fascinant pour nous que de quitter Ottawa et de venir dans la région de l'Atlantique. C'est quelque chose de spécial pour moi, puisque je viens de la Nouvelle-Écosse.

Madame Martin, vos observations au sujet du Secrétariat aux aînés et du fait que vous vous occupez de l'éducation de la population et des communications et que vous essayez d'influencer le processus d'élaboration des politiques m'intéressent. Comme vous l'avez mentionné tout à l'heure, vous venez d'une petite province, ce qui fait que, dans un sens, ce n'est pas aussi difficile de diffuser l'information que ce l'est à l'échelle nationale, lorsque nous essayons de diffuser de l'information partout au pays.

Avez-vous trouvé des outils de communication efficaces, parce que nous entendons parler de personnes âgées qui ne savent pas que certains programmes existent, notamment le Régime de pensions du Canada?

Senator Callbeck has done a lot of work in this particular area. Many seniors are not getting CPP, to which they are entitled. We have heard of seniors who do not know that after the death of their spouse that they are eligible to their spouse's pension.

Has your secretariat found effective ways of communicating and getting through to seniors all over P.E.I.?

Ms. Martin: Well we are so early on that just about everything we do is effective.

Senator Cordy: That is a positive thing, is it not?

Ms. Martin: We are at that stage in our evolution where we can do no wrong. That is kind of glib but one of the things that we have done that has proven to be hugely successful is produce this compendium of all the seniors' programs and services available in the province including community services, government services and lifelong learning opportunities. We cannot keep that guide on the shelves. We are in the second reprint and if you bear in mind that our population is 136,000, the first 4,000 copies were gone in a matter of three or four weeks and we just published it this winter. We are in the second reprint. I get calls at my office every day for copies to go to Access P.E.I. sites, libraries and community centers. A network of seniors from our P.E.I. Senior Citizens Federation distributes them. We get calls from family members who live out of province who want copies sent to them so they can help their parents in P.E.I. That has been very effective. However, I keep going back to the issues around senior literacy and making the information we send to them meaningful. That has been particularly effective. We find the community panels a good way to communicate on specific matters and very often it is not the first time we go that we have success. It is when we are invited back maybe the second or the third time that the word has spread and they will come back and listen. I will give the example of the issues surrounding financial elder abuse, which is a sensitive subject.

Ms. Duffy: *Voice for Island Seniors* is a monthly publication distributed through *The Guardian*. We have had some trouble with the editorial board, but Faye is a great mediator and I think it is being resolved. It certainly has improved in the last few issues. We were able to include articles pertaining to health issues and senior abuse.

Senator Mercer: "It covers Prince Edward Island like the dew."

Le sénateur Callbeck a fait beaucoup de travail dans ce domaine en particulier. Il y beaucoup d'ainés qui ne touchent pas de prestations du RPC alors qu'ils y ont droit. Nous avons entendu parler de personnes âgées qui ne savent pas qu'elles ont droit à la pension de leur conjoint après le décès de celui-ci.

Est-ce que vous avez trouvé, au secrétariat, des façons efficaces de communiquer et de joindre l'ensemble des aînés de l'Île-du-Prince-Édouard?

Mme Martin : Eh bien, nous sommes si peu avancés dans le processus qu'à peu près tout ce que nous faisons est efficace.

Le sénateur Cordy : C'est positif, non?

Mme Martin : Nous en sommes à l'étape de notre évolution où nous ne pouvons pas nous tromper. Je vous dis ça un peu comme ça vient, mais l'une des choses que nous avons faites et qui a vraiment bien fonctionné, c'est que nous avons produit un recueil de tous les programmes et services offerts aux personnes âgées dans la province, notamment les services communautaires, les services gouvernementaux et les possibilités d'apprentissage continu. Ce guide part comme des petits pains chauds. Nous en sommes à la seconde réimpression, et, si vous gardez en tête le fait que notre population est de 136 000 habitants, les 4 000 premiers exemplaires se sont écoulés en trois ou quatre semaines, et nous avons publié ce guide l'hiver dernier seulement. Nous en sommes à la seconde réimpression. Je reçois des appels tous les jours au bureau de gens qui veulent que nous en envoyions des exemplaires aux sites d'Accès Î.-P.-É., dans les bibliothèques et dans les centres communautaires. Un réseau d'ainés de la Fédération des aînés de l'Île-du-Prince-Édouard en assure la distribution. Nous recevons des appels de membres de la famille d'ainés qui vivent à l'extérieur de la province et qui veulent qu'on leur en envoie des exemplaires pour qu'ils puissent venir en aide à leurs parents qui vivent à l'Île-du-Prince-Édouard. C'est quelque chose qui a été très efficace. Cependant, j'en reviens toujours au problème de l'analphabétisme chez les personnes âgées et au fait de s'assurer que l'information que nous leur faisons parvenir a un sens pour eux. C'est quelque chose qui a été particulièrement efficace. Nous avons constaté que les groupes communautaires sont une bonne façon de communiquer de l'information sur des sujets précis, et, dans bien des cas, ce n'est pas dès la première fois que nous nous rendons quelque part que nous connaissons du succès. C'est plutôt lorsqu'on nous invite une deuxième ou une troisième fois et que la nouvelle s'est répandue que les gens viennent nous écouter. L'exemple que je vous donnerais, c'est celui des questions touchant l'exploitation financière des aînés, qui est un sujet délicat.

Mme Duffy : *Voice for Island Seniors* est une publication mensuelle distribuée dans le *Guardian*. Nous avons eu des problèmes avec la rédaction, mais Faye est une excellente médiatrice, et je pense que ces problèmes sont en train de se résoudre. Les choses se sont clairement améliorées dans les quelques derniers numéros. Nous avons réussi à publier des articles sur les questions relatives à la santé et sur la violence envers les aînés.

Le sénateur Mercer : « It covers Prince Edward Island like the dew. »

Ms. Duffy: That is right. An insert is circulated with *The Guardian*.

Ms. Martin: We have had a little tussle with the editorial board around the content. The present editorial board is more —

Ms. Duffy: A folksy group. They like folklore stories.

Ms. Martin: They like recipes and stories but other seniors want something more substantive. This winter we had a terrible ice storm where some homes were without power for four or five days and it was on the verge of being categorized as an emergency. After that storm, we included an essay on emergency preparedness, for which we received a lot of feedback.

These are significant matters for seniors. You know the ones who do read well read the newspaper and read those supplements and they are a very useful way to get the news out.

Ms. Duffy: I think we have struck a balance between folksy stories and the recipes and the information articles.

Ms. Martin: The folksy and the serious, yes.

Senator Cordy: You touched on a few issues concerning isolation and certainly, those seniors who subscribe to the newspaper will get the information. You also touched on the whole issue of literacy. Those who are unable to read these brochures or this information whether it is on television or whether it is a brochure or your guide, they are certainly at a disadvantage. Are you putting measures in place? A year and a half ago there were tremendous cuts made to literacy programs across the country and I am just wondering whether you are picking up the slack in literacy.

Ms. Duffy: Our peer program funded through the New Horizons for Seniors Program was piloted first in the Charlottetown area where we have retired counsellors and a social worker who is retired also, who train seniors to work with other seniors and that has been very successful. It has also been implemented in Prince County and now there is money available for Kings County so we are hoping that that may alleviate some of the isolation and help seniors who have low literacy levels that they may be able to become more involved in the community and that type of thing.

Ms. Martin: In a former life, I worked with the Department of Education and the Literacy Initiative Secretariat around adult education and the issue of adults with low literacy skills, regardless of their age. Getting them out or getting to them is a huge challenge, no matter where you are because these folks are the least likely to self-identify as having problems.

Mme Duffy : Exactement. Un encart est inséré dans le *Guardian*.

Mme Martin : Nous avons eu une petite dispute avec la rédaction au sujet du contenu. Les gens qui s'occupent de la rédaction maintenant sont plus...

Mme Duffy : C'est un groupe folklorique. Ils aiment les histoires folkloriques.

Mme Martin : Ils aiment les recettes et les histoires, mais il y a d'autres aînés qui veulent un peu plus de contenu. L'hiver dernier, il y a eu une grosse tempête de verglas, il y a eu une panne d'électricité dans certains secteurs pendant quatre ou cinq jours et on était sur le point de déclarer l'état d'urgence. Après la tempête, nous avons publié un essai sur la préparation à l'état d'urgence, et cet essai a suscité beaucoup de réactions.

Les aînés s'intéressent à ce genre de sujets. Ceux qui lisent bien lisent le journal, et lisent aussi ces suppléments, qui sont très utiles pour diffuser l'information.

Mme Duffy : Je pense que nous avons trouvé l'équilibre entre les histoires folkloriques, les recettes et les articles d'information.

Mme Martin : Le folklore et les choses sérieuses, oui.

Le sénateur Cordy : Vous avez abordé quelques questions touchant l'isolement, et, assurément, les aînés qui sont abonnés au journal vont recevoir l'information. Vous avez aussi parlé de toute la question de l'analphabétisme. Les gens qui sont incapables de lire ces brochures ou cette information, qu'elle soit diffusée à la télévision ou qu'elle figure dans une brochure ou dans votre guide, sont certainement désavantagés. Est-ce que vous prenez des mesures à cet égard? Il y a un an et demi, on a fait des compressions énormes dans les programmes d'alphabétisation de l'ensemble du pays, et je me demandais si vous preniez la relève dans ce domaine.

Mme Duffy : Notre programme des pairs, financé dans le cadre du programme Nouveaux Horizons pour les aînés, a été mis à l'essai d'abord dans la région de Charlottetown, où il y a des conseillers à la retraite et aussi un travailleur social à la retraite qui forment des aînés à travailler avec d'autres aînés, et ce projet pilote a connu beaucoup de succès. Le programme a également été mis en place dans le comté de Prince, et il y a maintenant de l'argent qu'il est possible d'utiliser pour ça dans le comté de Kings, alors nous espérons que ces programmes vont permettre de sortir les aînés de l'isolement et d'aider ceux dont les compétences en lecture et en écriture sont faibles de participer davantage à la vie communautaire et à ce genre de chose.

Mme Martin : Dans une vie antérieure, j'ai travaillé au ministère de l'Éducation et au Literacy Initiative Secretariat dans le domaine de l'éducation aux adultes et sur le problème des adultes dont les capacités de lecture et d'écriture sont faibles, peu importe leur âge. Il est extrêmement difficile de les repérer et de les joindre, peu importe où on se trouve, parce que ces gens sont les moins susceptibles de déclarer eux-mêmes qu'ils ont des problèmes.

I do not have an answer to your question in terms of what we are doing to address the issues with seniors other than what Anna has mentioned. I think we are still at a point where we need to raise awareness amongst our population around the issues because the seniors that we tend to interact with most of the time are highly literate. They are not the ones that I am talking about. It is the same with the general population. It is a challenge to get to those folks and certainly, in our literacy programming through the Literacy Initiative Secretariat and the National Literacy Secretariat funding, we have targeted some programs for seniors as well as the rest of the population. However, we do not have the answer to that question other than to keep at it and work at raising the awareness around the spectrum of problems that begin with literacy issues.

Senator Cordy: As a former teacher and in the community involvement work that I have done my experience is that people often mask the fact that they cannot read.

Ms. Martin: Oh, no question, absolutely.

Ms. Duffy: Oh yes, very much.

Senator Cordy: You were not even aware of it.

Ms. Martin: Yes, they are very skilled at hiding their illiteracy.

Senator Cordy: We have heard about abuse and neglect from a number of concerned groups. There are different types of abuse. There is the neglect. There is physical abuse and financial abuse.

When you are in a population of seniors, they are often embarrassed to let anybody know their concerns. They are afraid that if they are living with a family member that they will be taken out of the home or their family will stop visiting them. Often in a small province where everybody knows one another or they are related to one another there are few secrets.

Ms. Martin: We have our secrets too.

Senator Mercer: Not many.

Ms. Martin: They are well kept.

Senator Cordy: It is also even more challenging because you are afraid that if you tell a social worker or your doctor that everybody in your community is going to know about your problem.

How do you work within those confines that are part of human nature, to ensure that our seniors are not open to abuse? You spoke about going into a community so that they know what programs are available to them.

Ms. Martin: What we are learning from going into the communities is that some people are willing to discuss these problems. When one or two people come forward it seems that many others will follow with their stories and concerns. This type of abuse happens a lot. It happens at the hands of family, friends

Je n'ai pas de réponse à votre question sur ce que nous faisons pour régler les problèmes avec les aînés, mis à part ce qu'Anna a dit. Je pense que nous en sommes encore à l'étape où nous devons sensibiliser notre population aux problèmes, parce que les aînés avec lesquels nous interagissons la plupart du temps ont d'excellentes capacités de lecture et d'écriture. Ce n'est pas d'eux que je parle. C'est la même chose dans la population en général. Il est difficile de joindre ces gens, et, assurément, dans le cadre des programmes d'alphabétisation que nous avons grâce au Literacy Initiative Secretariat et au financement du Secrétariat national à l'alphabétisation, nous avons ciblé certains programmes pour les aînés ainsi que pour le reste de la population. Cependant, nous n'avons pas de réponse à votre question, sauf de continuer de travailler là-dessus et de sensibiliser les gens à l'ensemble de problèmes qui découlent du problème de l'alphabétisme.

Le sénateur Cordy : J'ai déjà été enseignante et j'ai déjà fait du travail communautaire, et, d'après mon expérience, les gens cachent souvent le fait qu'ils ne savent pas lire.

Mme Martin : Oh oui, c'est sûr.

Mme Duffy : Oh oui, ça arrive souvent.

Le sénateur Cordy : On ne s'en rend même pas compte.

Mme Martin : Oui, ils sont très bons pour cacher le fait qu'ils sont analphabètes.

Le sénateur Cordy : Nous avons entendu parler de violence et de négligence par plusieurs groupes de témoins que ces problèmes préoccupent. Il y a différents types de violence. Il y a la négligence. Il y a la violence physique et l'exploitation financière.

Dans un groupe d'aînés, les gens sont souvent embarrassés de parler de leurs préoccupations à qui que ce soit. Ceux qui vivent avec un membre de leur famille ont peur d'être chassés de la maison ou que leur famille cesse de leur rendre visite. Souvent, dans une petite province où tout le monde se connaît ou a un lien familial avec tout le monde, il n'y a pas beaucoup de secrets.

Mme Martin : Nous aussi, nous avons nos secrets.

Le sénateur Mercer : Ils sont rares.

Mme Martin : Ils sont bien gardés.

Le sénateur Cordy : Ce qui rend ça encore plus difficile, c'est que les gens ont peur que tout le monde dans la collectivité connaisse leurs problèmes s'ils en parlent à un travailleur social ou à leur médecin.

Comment composez-vous avec ces éléments de la nature humaine, lorsque vous essayez de vous assurer que nos aînés ne sont pas exposés à la violence ou à l'exploitation? Vous avez parlé de faire des visites dans les collectivités pour parler aux aînés des programmes qui s'offrent à eux.

Mme Martin : Ce que nous apprenons, en faisant des visites, c'est que certaines personnes sont prêtes à discuter de ces problèmes. Lorsqu'une ou deux personnes s'expriment, il semble qu'il y en a beaucoup d'autres qui suivent et qui font part de leurs histoires ou de leurs préoccupations. Ce genre d'exploitation est

and neighbours and it is not just that type of financial abuse, but includes fraud and telephone fraud abuse.

Seniors are home alone and they are vulnerable. They are lonely. Some of them will talk on the phone, as you know, and give away. They are trusting. In P.E.I., and I am sure it is the same other places, we are mannerly. Hanging up the phone in somebody's ear is not an option.

The expert's advice is that we have to handle these issues with discretion and quietly do something about it. We have to let the seniors know that shame has nothing to do with the problem, that the people who should be ashamed are the people who are doing it to them, and that this type of fraud happens everywhere. Over time that will have an effect. It is really quite amazing how family violence and I see this certainly when it is at the hands of a family member. Whether it is financial abuse or mental abuse it is on the spectrum, on the continuum of family violence and we treat it that way.

Senator Cordy: My last question has to do with federal-provincial affordable housing agreements. When are they set to expire?

Ms. Martin: They are starting now. One of the ones that you mention in your document is the RRAP program and that is expiring.

Senator Cordy: How will that affect you?

Ms. Martin: That was a very popular program. In fact, it was so popular I think the waiting list was about seven years. It is an emergency program, which kind of flies in the face of a seven year wait. It is a very popular renovation program that helps people to stay in their homes. It is just one example of the agreements that are expiring. We have not received an indication of whether this and other programs will be replaced.

Senator Cordy: Are there any discussions taking place?

Ms. Martin: The discussions are about getting everybody to the table. They are not about what we will discuss when we get there.

Senator Cordy: Is that coming from the feds or the provinces?

Ms. Martin: The provinces have been meeting as a PT forum for three and a half years without the federal government and April 1, the ministers from all the jurisdictions met with Minister Solberg to try to reconstitute the FPT forum and it is has not happened yet.

Ms. Duffy: Another concern we had with housing is with the income level. It is up to \$30,000. Beyond that, seniors do not get assistance and what we are seeing is that \$30,000 is too low. A

courant. C'est parfois le fait d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un voisin, et il ne s'agit pas que d'exploitation financière; il y a aussi la fraude et la fraude par téléphone.

Les aînés sont seuls chez eux et vulnérables. Ils se sentent seuls. Certains d'entre eux, comme vous le savez, peuvent parler au téléphone avec des gens qu'ils ne connaissent pas et leur donner des renseignements qu'ils ne devraient pas leur fournir. Ils font confiance aux gens. À l'Île-du-Prince-Édouard, comme ailleurs, j'en suis sûr, nous avons de bonnes manières. Nous ne raccrochons jamais au nez des gens.

Le conseil des spécialistes, c'est que nous devons régler ces problèmes discrètement et prendre des mesures sans faire de vagues. Il faut expliquer aux aînés que la honte n'a rien à voir avec le problème, et que les gens qui devraient avoir honte, ce sont ceux qui leur font ce genre de chose, et que ce type de fraude se fait un peu partout. Avec le temps, l'effet va se faire sentir. C'est vraiment surprenant de voir à quel point la violence familiale... et je vois assurément ça lorsque c'est un membre de la famille qui pose le geste. Qu'il s'agisse d'exploitation financière ou de violence psychologique, ça fait partie du spectre, du continuum de la violence familiale, et c'est ainsi que nous traitons le problème.

Le sénateur Cordy : Ma dernière question a trait aux ententes fédérales-provinciales concernant le logement abordable. Quand prennent-elles fin?

Mme Martin : Elles commencent en ce moment. L'une de celles dont vous parlez dans votre document, c'est celle qui a trait au PAREL, et elle arrive à terme.

Le sénateur Cordy : Quelles vont être les conséquences pour vous?

Mme Martin : C'était un programme très populaire. En fait, le programme était tellement populaire que la liste d'attente était d'environ sept ans, je pense. Il s'agit d'un programme d'urgence, ce qui rend absurde le délai de sept ans, dans un sens. Il s'agit d'un programme de rénovation très populaire qui aide les gens à continuer de vivre dans leur maison. Ce n'est qu'un exemple des ententes qui tirent à leur fin. On ne nous a rien dit par rapport au fait que ce programme, entre autres, allait être remplacé ou non.

Le sénateur Cordy : Y a-t-il des discussions en cours?

Mme Martin : Les discussions concernent le fait de réunir tous les intervenants. Elles ne portent pas sur ce dont nous allons parler lorsque ce sera fait.

Le sénateur Cordy : Est-ce que c'est l'initiative du gouvernement fédéral ou celle des provinces?

Mme Martin : Les intervenants des provinces se réunissent dans le cadre d'un forum provincial-territorial depuis trois ans et demi, sans le gouvernement fédéral, et, le 1^{er} avril, les ministres de toutes les provinces et de tous les territoires ont rencontré le ministre Solberg pour essayer de rétablir le forum fédéral-provincial-territorial, ce qui ne s'est pas encore produit.

Mme Duffy : Une autre de nos préoccupations, au sujet du logement, c'est le niveau de revenu. Le maximum est de 30 000 \$. Au-delà de ce niveau, les aînés n'obtiennent pas

couple living on \$30,000 a year cannot afford to do many renovations to their home. We are hoping that the amount might be raised or the 50 per cent that the person pays would be lowered to make it easier for the senior to do renovations.

Senator Mercer: You mentioned the Seniors Emergency Home Repair Program and then we were talking about the disappearance of the RRAP. Are they complimentary programs?

Ms. Martin: They are separate programs, as one is provincial and the other federal.

Ms. Duffy: The Seniors Emergency Home Repair Program is provincial and provides up to \$1,500. We hope that the amount will be raised.

Senator Mercer: Ms. Martin, other than my good friend, Premier Ghiz, you must be the busiest woman on Prince Edward Island because if I have heard you correctly, you are the acting director of housing, the acting director of the drugs and the acting director of the Seniors' Secretariat.

Ms. Martin: Yes, and the dental program.

Senator Mercer: And the dental program. Oh, I have got to get that down here, too.

Ms. Martin: I have a lot of good staff.

Senator Mercer: I certainly hope Premier Ghiz is paying you enough.

Ms. Martin: He is not. Is that on the record?

Senator Mercer: Oh good, do we have that on the record? I will send it to him.

Ms. Martin: That is why I am acting. It is not acting; it is pretending.

Senator Mercer: Those are a lot of hats to wear but it is interesting that they are all complimentary.

Ms. Martin: I appreciate that you have noted that senator. It is an experiment putting them together like that and that is why I am acting. I am experimenting with those programs which, in our province, are predominantly used by seniors.

Senator Mercer: You both indicated that you have a lot of ground to make up. What triggered the start of you making up this ground?

Ms. Martin: That we have the third fastest-growing senior population in the country and the political pressures that come along with it started the ball rolling.

d'aide, et ce que nous constatons, c'est que 30 000 \$, c'est trop peu. Un couple qui a un revenu de 30 000 \$ par année ne peut se permettre de faire beaucoup de renovations dans sa maison. Nous espérons que le montant soit majoré ou que le montant que la personne doit payer, qui correspond en ce moment à 50 p. 100 des coûts, soit réduit, pour qu'il soit plus facile pour les aînés de faire des renovations.

Le sénateur Mercer : Vous avez parlé du Programme de réparations domiciliaires d'urgence pour les aînés, puis nous avons parlé de la disparition du PAREL. S'agit-il de programmes complémentaires?

Mme Martin : Il s'agit de programmes distincts, l'un étant provincial et l'autre, fédéral.

Mme Duffy : Le Programme de réparations domiciliaires d'urgence pour les aînés est un programme provincial, et les gens peuvent obtenir jusqu'à 1 500 \$ dans le cadre de celui-ci. Nous espérons voir cette somme majorée.

Le sénateur Mercer : Madame Martin, si l'on exclut mon bon ami, le premier ministre Ghiz, vous devez être la personne la plus occupée de l'Île-du-Prince-Édouard, parce que, si j'ai bien compris ce que vous avez dit, vous êtes la directrice intérimaire du programme du logement, du programme des médicaments et du Secrétariat aux aînés.

Mme Martin : Oui, et aussi du programme de soins dentaires.

Le sénateur Mercer : Et du programme de soins dentaires. Oh, il faut que je note ça ici aussi.

Mme Martin : J'ai beaucoup de gens compétents qui travaillent pour moi.

Le sénateur Mercer : J'espère que le premier ministre Ghiz vous verse un salaire suffisant.

Mme Martin : Non. Est-ce que ça figure au compte rendu?

Le sénateur Mercer : Très bien, est-ce que ça figure au compte rendu? Je vais le lui envoyer.

Mme Martin : En fait, on pourrait dire que je suis non pas tant directrice intérimaire que directrice imaginaire.

Le sénateur Mercer : Vous jouez beaucoup de rôles différents, mais ce qui est intéressant, c'est qu'ils sont tous complémentaires.

Mme Martin : Je suis contente que vous disiez cela, sénateur. C'est une expérience que je fais en combinant ces rôles comme ça, et c'est la raison pour laquelle je suis directrice intérimaire. Je fais une expérience avec ces programmes qui dans notre province, sont surtout utilisés par les aînés.

Le sénateur Mercer : Vous avez toutes les deux dit que vous avez beaucoup de rattrapage à faire. Qu'est-ce qui vous a poussées à vous lancer dans ce travail de rattrapage?

Mme Martin : Le fait que notre province vient au troisième rang au chapitre de la proportion d'aînés au sein de la population, et que cette proportion est celle qui augmente le plus rapidement au pays, ainsi que les pressions politiques qui découlent de cette situation.

Ms. Duffy: Do you mean in regards to the secretariat?

Senator Mercer: Yes.

Ms. Duffy: We had an advisory council to the minister and that was not too successful. It was more or less a political appointment by whichever government happened to be in place at the time and they did not have the freedom to influence policy too much. The structure itself was not working and, as they indicated, when we looked at the Nova Scotia structure and their secretariat established we saw the success they had in getting grassroots information from seniors. They had representation from senior organizations on the secretariat that we did not have.

Faye indicated that we are restructuring in the hope that we have representation from senior organizations that will become the liaison between those organizations and the secretariat. In that way, when we receive information we will be able to advise government on what policy is required to serve their needs.

Senator Mercer: So those changes sort of happened with the change in government?

Ms. Martin: More or less. It was coming about, yes. I think we are now looking through the lens of community development as opposed to a lens where some of us bureaucrats sit in government, have a dialog, and take what we want. We are now working in an effort to create a partnership with our senior's community. We are hoping to support them in bringing their concerns to us right from the grassroots in a way that is more meaningful than in the past. I do not know if that makes any sense.

Senator Mercer: Yes, it does. I want to go back to Senator Cordy's other line of questioning on the issue of physical abuse in particular. I was up North in Yellowknife wearing my other hat as a member of Standing Senate Committee on Agriculture and Forestry while we were doing a study on rural poverty. We came to Prince Edward Island during that study. That is why I was using my Blackberry. I was not ignoring you. I could not remember a word a witness used so I had to email the clerk of the committee so she could send me the word that I learned up there. I wonder if the word applies to Prince Edward Island because of your size.

A woman in Yellowknife told us about "mobbing." She related to us that in small communities, everyone knows everyone and in some places in northern communities, everyone may be related to everyone in one way or another. The woman told us that when a woman reports her abuse what happens is "mobbing" because the mob mentality sets in. The abuser is obviously a member of one of

Mme Duffy : Voulez-vous dire en ce qui concerne le secrétariat?

Le sénateur Mercer : Oui.

Mme Duffy : Il y avait auparavant un conseil consultatif chargé de conseiller le ministre, et ça n'a pas très bien fonctionné. Les membres de ce conseil étaient plus ou moins nommés par le gouvernement en place à tel ou tel moment, et ils n'avaient pas suffisamment de liberté pour exercer une influence sur les politiques. La structure elle-même ne fonctionnait pas, et, comme ils l'ont indiqué, lorsque nous avons jeté un coup d'œil sur la structure et sur le secrétariat établi en Nouvelle-Écosse, nous avons constaté qu'on réussissait très bien là-bas à faire parvenir les renseignements fondamentaux aux aînés. En Nouvelle-Écosse, les organisations d'aînés étaient représentées au secrétariat, ce qui n'était pas le cas chez nous.

Faye vous a dit que nous sommes en train de procéder à une restructuration dans l'espoir que les organisations d'aînés puissent être représentées et que les représentants puissent établir la liaison entre ces organisations et le secrétariat. Ainsi, lorsque nous recevrons l'information, nous allons être en mesure de conseiller le gouvernement sur les politiques nécessaires pour répondre à leurs besoins.

Le sénateur Mercer : Les changements se sont donc produits en même temps que le changement de gouvernement, en quelque sorte?

Mme Martin : Plus ou moins, ça s'en venait, oui. Je pense que nous envisageons maintenant les choses du point de vue du développement communautaire, contrairement à ce qui se passait avant, c'est-à-dire que certains d'entre nous, des bureaucrates siégeons au gouvernement, discussions et prenions ce que nous voulions prendre. Nous travaillons maintenant à établir un partenariat avec notre population d'aînés. Nous souhaitons les aider à nous faire part de leurs préoccupations directement, de façon plus significative que dans le passé. Je ne sais pas si c'est clair.

Le sénateur Mercer : Oui, c'est clair. Je veux revenir sur le sujet abordé tout à l'heure par le sénateur Cordy, c'est-à-dire la question de la violence physique. Je me suis rendu dans le Nord, à Yellowknife, dans le cadre de mon autre fonction, celle de membre du Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts, au moment où nous faisions une étude sur la pauvreté rurale. Nous sommes venus à l'Île-du-Prince-Édouard pendant cette étude. C'est la raison pour laquelle j'utilisais mon Blackberry tout à l'heure. Je n'étais pas en train de vous ignorer. Je n'arrivais pas à me rappeler un mot qu'un témoin avait utilisé, alors j'ai dû envoyer un courriel à la greffière du comité pour qu'elle puisse me dire quel était le mot que j'avais appris là-bas. Je me demande si ce mot s'applique à l'Île-du-Prince-Édouard, vu la taille de la province.

Une femme de Yellowknife nous a parlé du « houspillage ». Elle nous a raconté que, dans les petites collectivités, tout le monde se connaît, et que dans certaines collectivités du Nord, tout le monde a un lien familial avec tout le monde. Cette femme nous a dit que lorsqu'une femme déclare avoir été victime de violence, le réflexe des membres de la collectivité, c'est de se mettre

the families or one of the people in the community. The mob circles the wagons around the abuser and not the abused. This makes the abused person even more isolated. Do you see that phenomenon on the Island?

I am from Halifax and I have spent a lot of time here over the years and I know the people and I know how good they are but there are unfortunately bad people everywhere.

Ms. Martin: In the past 15 to 18 years, we have had 8 homicides involving women killed at the hands of their spouse or family member. That is a fairly high number for such a small population. We have issues around abuse of women and elder women and family violence.

Prince Edward Island is an interesting place. We have a small province but we have the most densely populated province in the country, not to be confused with the "densest population" in the country. We do not really have small isolated communities. We are really one large community, which is our new government's motto, "One Island, One Community."

We have the Premier's Action Committee on Family Violence Prevention, which has done an excellent job in bringing the secrets of family violence out into the open. We have gone great distances to educate our justice system, our policing services, our social work system, our churches and our ecumenical community. There has been extensive work done in getting the word out to communities that it is not all right to keep family violence a secret and that there are measures that can be taken rather easily to get something done.

We have some very progressive legislation where if it is reported that the male partner is abusing the female partner, he is the one who is taken away from the property. He is the one that has to be taken by law. The courts can issue a bond to have the police take him and not the woman and the children. Many measures have been taken over the past 17-or-so years to try to mitigate that very real phenomenon.

I cannot state this as a fact but I would like to think that it does not happen as much in P.E.I. I am sure it does happen to some extent and I know it happens on our reservations, but those communities tend to be isolated not geographically but culturally from us. We do not really have a good system there. I cannot claim that but I think we have made some progress with our rural communities.

Senator Mercer: Is there a shelter for abused women?

Ms. Duffy: Yes.

ensemble pour la houspiller. Évidemment, l'auteur de l'acte de violence est un membre de l'une des familles ou un membre de la collectivité. Les gens se liguent contre la victime, et non contre l'auteur de l'acte de violence. C'est un facteur d'isolement de plus pour la victime. Est-ce que cela se produit à l'Île-du-Prince-Édouard?

Je viens de Halifax, j'ai passé beaucoup de temps ici, je connais les gens, et je sais que ce sont de bonnes gens, mais, malheureusement, il y a des gens méchants partout.

Mme Martin : Au cours des 15 ou 18 dernières années, huit femmes ont été tuées par leur conjoint ou par un membre de leur famille. C'est un chiffre passablement élevé pour une population si petite. Il y a des problèmes de violence envers les femmes, notamment envers les femmes âgées, ainsi que de violence familiale.

L'Île-du-Prince-Édouard est une province particulière. C'est une petite province, mais c'est la province la plus densément peuplée du pays, ce qui ne veut pas dire que c'est là qu'on trouve la population la plus dense au pays. Il n'y a pas vraiment de petites collectivités isolées chez nous. Nous sommes plutôt une seule grande collectivité, comme en témoigne le nouveau slogan du gouvernement : « One Island, One Community ».

Il y a le Premier's Action Committee on Family Violence Prevention, qui a fait un excellent travail pour mettre au jour la violence familiale qui est gardée secrète. Nous avons déployé beaucoup d'efforts pour sensibiliser les intervenants du système judiciaire, les services de police, les travailleurs sociaux, les églises et la communauté œcuménique. On a fait beaucoup de travail pour expliquer aux collectivités qu'il ne faut pas garder la violence familiale secrète et il est possible de prendre des mesures assez facilement pour faire quelque chose.

Nos lois sont très progressistes, et, lorsqu'on sait qu'un homme maltraite sa conjointe, c'est lui qui est chassé du domicile. C'est lui qui est chassé, d'après la loi. Les tribunaux peuvent prononcer une ordonnance pour que la police l'empêche d'avoir accès au domicile, mais pas sa femme ni ses enfants. On a pris beaucoup de mesures au cours des 17 dernières années environ pour essayer d'atténuer un phénomène qui n'est que trop réel.

Je ne peux pas présenter cela comme un fait, mais je pense que ce genre de chose se produit moins qu'ailleurs à l'Île-du-Prince-Édouard. Je sais que ça arrive, dans une certaine mesure, et je sais que ça arrive dans nos réserves, mais ce sont des collectivités qui sont souvent isolées du reste de la population, non pas géographiquement, mais bien culturellement. Nous n'avons pas vraiment un bon système dans ces endroits. Je ne peux pas l'affirmer avec certitude, mais je pense que nous avons fait certains progrès en ce qui concerne nos collectivités rurales.

Le sénateur Mercer : Y a-t-il un refuge pour les femmes victimes de violence?

Mme Duffy : Oui.

Ms. Martin: Yes, we have the Transition House Association, which is a province-wide organization that includes outreach services to communities. In fact, their focus is public education, and as part of that system, we have shelter provision.

Ms. Duffy: We find there is more financial abuse than physical abuse among seniors, which is becoming more evident due to the workshops on elder abuse.

Senator Mercer: Your outreach programs have impressed me and by virtue of your size and that you are doing something new, it makes it easier to do that outreach. You also mentioned a program, if I heard you correctly, is it peer health program?

Ms. Duffy: It is a project called Peer Helping Seniors program, which is a partnership between the secretariat and the P.E.I. Senior Citizens' Federation. Older people are trained to go into homes and work with other seniors who are living in isolation. In some cases, they may just read to the person for an afternoon, or take them to the doctor, or shopping for groceries. The seniors are trained to work with other seniors who live in isolation. It has been going very well. We have had a project and now we have had two other projects branch off it.

Senator Mercer: Is it volunteer-driven?

Ms. Duffy: Yes, it is strictly volunteer driven. It is through the New Horizons for Seniors Program. The people who give the training — the gentleman is a retired high school guidance counsellor and his wife who is a retired social worker receive some money for their training sessions. They are the only people who received any compensation. The seniors who volunteer as peer helpers receive only the satisfaction of helping somebody out.

Senator Mercer: Exactly, that warm, fuzzy feeling we get when we help people. Now how does that relate to the Seniors College? We met with somebody from the college two weeks ago, we were quite impressed by what he was saying, and yesterday in Nova Scotia, we heard about programs at Acadia and St. Mary's.

Ms. Duffy: Well there is no relationship between the Senior Peer Helping program and the Seniors College. They are both doing wonderful things but they are not related in any way.

Ms. Martin: Do you know there is another program that we have that you might be interested in and it is on the literacy side obliquely? We have a program called Project LOVE. The word love stands for "Let Older Volunteers Educate." The National Literacy Secretariat and the province fund it. Retired people volunteer and receive training and are assigned elementary-age children identified with reading difficulties. These seniors go into the local schools and work with the children who need help. It is

Mme Martin: Oui, nous avons la Transition House Association, organisme provincial qui comprend des services externes pour les collectivités. En fait, l'organisme est axé sur l'information du public et, dans le cadre de ce système, nous offrons un refuge.

Mme Duffy: Nous constatons que les aînés sont plus souvent victimes d'exploitation financière que de violence physique, fait que mettent en lumière les ateliers portant sur les mauvais traitements à l'égard des aînés.

Le sénateur Mercer: Votre programme d'approche m'a impressionné, et la taille et le caractère novateur de votre organisme jouent en faveur d'une telle démarche. Vous avez aussi mentionné un programme, le « peer health program », c'est bien ça?

Mme Duffy: Le projet s'appelle Peer Helping Seniors Program; il s'agit d'un partenariat entre le secrétariat et la fédération des aînés de l'Île-du-Prince-Édouard. Des adultes du troisième âge sont formés pour aller travailler à domicile avec d'autres personnes âgées qui vivent isolées. Dans certains cas, ils feront la lecture à la personne pendant un après-midi ou l'amèneront voir le médecin ou faire des courses. Les personnes âgées sont formées pour travailler avec leurs pairs qui vivent isolés. Le programme fonctionne très bien. Nous avons lancé un projet, et maintenant, deux nouveaux projets ont vu le jour grâce à lui.

Le sénateur Mercer: Est-ce une activité bénévole?

Mme Duffy: Oui, c'est exclusivement bénévole. Le projet s'inscrit dans le programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Les gens qui offrent la formation — un couple à la retraite, il était conseiller d'orientation dans une école secondaire, elle était travailleuse — touchent de l'argent pour les séances de formation qu'ils offrent. Ce sont les seules personnes qui sont rémunérées. Les aînés qui œuvrent à titre de pairs-aidants n'en retirent que la satisfaction d'aider une autre personne.

Le sénateur Mercer: Exactement : aider les gens, ça fait chaud au cœur. Mais quel est le lien avec le Seniors College? Nous avons reçu un témoin du collège il y a deux semaines, et nous avons été très impressionnés par son discours et hier, en Nouvelle-Écosse, nous avons entendu parler des programmes mis sur pied à Acadia et à St. Mary's.

Mme Duffy: Eh bien, il n'y a pas de lien entre le programme Senior Peer Helping et le Seniors College. Les deux organismes font un travail merveilleux, mais ils n'entretiennent aucun lien.

Mme Martin: Savez-vous que nous avons un autre programme d'alphabétisation qui pourrait vous intéresser indirectement? Le programme s'appelle le projet LOVE. Ce mot est un acronyme de « Let Older Volunteers Educate ». Le Secrétariat national à l'alphabétisation et la province financent le projet. Les retraités sont bénévoles et reçoivent une formation, puis ils sont jumelés avec un écolier du primaire aux prises avec des difficultés en lecture. Ces aînés se rendent dans les écoles de la

an inter-generational approach to the literacy challenges of the child in this case. That is a bit of an aside.

Senator Mercer: It would be an interesting program because it is an activity that seniors can do and we know that seniors work extremely well with younger children.

Ms. Martin: Interestingly enough, the children respond extremely well to the seniors. Sometimes a grandparent-grandchild bond happens and it is heart-warming, and children get help with their reading at the same time.

Senator Cools: I must share with the committee that I have found your testimony delightful and you have a very pleasant sense of humour, which enhances the situation.

I am very interested in what you have had to say on literacy and as you were talking I found myself trying to see if I could perhaps understand the causes of this literacy. Can you tell us about the nature of this literacy? Let me just tell you what I am thinking, not the nature of literacy but literacy problems, the deficiencies. Is this something that is just a maturing of an ongoing problem, a lifelong problem? I do not know if we would call it literacy. Maybe we should call it illiteracy, I do not know. Is it an abiding problem that has been in existence since youth, or is it a problem that has come on with the onset of aging and loss of capability around mature and older people? Is it something that has been brought on by disability? In other words, is this something that has been lifelong and from an insufficiency in education early on in life? Could you tell me something about the nature of it and the underlying causes? I must say I have been surprised by this information.

Ms. Martin: I can try to answer that question.

First, the International Adult Literacy Survey will tell you a great deal about the literacy levels of adults in Canada as a country and by province. One of the things that you will note in the results of that survey is that as we go from east to west, literacy skills improve. For our province, the underlying literacy issues of the generation that we are talking about would be common in any resource-based economy. In an economy where people can make a good living in resources such as tourism, agriculture and fishing those people do not need to read well to make that living. Those are our three primary industries, and at a time when the resources were rich and could command a good living, the people who made a living from them did not have to read well. So, unless you came from a family that valued learning for the sake of learning, the chances are you proceeded along life and you lived comfortably and you made a good living and reading and all that goes with it was probably not a pressing issue. Even for those who perhaps did develop some literacy skills, if they did not use them they lost them. We see this trend in this generation that is reaching its elder years. Some of them never acquired reading skills. Unfortunately, it has become an abiding problem with following generations and we have some of the

region et travaillent avec les enfants qui ont besoin d'aide. Il s'agit d'une démarche intergénérationnelle axée, en l'occurrence, sur les défis de l'alphabétisation chez les enfants. Je m'éloigne un peu du sujet.

Le sénateur Mercer : L'intérêt du programme tient au fait que c'est une activité que les aînés peuvent faire, et nous savons qu'ils travaillent extrêmement bien avec de jeunes enfants.

Mme Martin : Point assez intéressant, les enfants réagissent extrêmement bien aux aînés. Parfois, un lien s'apparentant à celui entre un grand-parent et son petit-enfant se crée, et c'est émouvant; en même temps, l'enfant obtient de l'aide pour apprendre à lire.

Le sénateur Cools : Je dois souligner aux membres du comité que j'ai trouvé votre allocution très intéressante, d'autant plus que vous avez un merveilleux sens de l'humour.

Je suis très intéressée par ce que vous avez dit sur l'alphabétisation et, pendant votre discours, je me suis prise à tenter de voir si je pouvais comprendre les causes de l'alphabétisation. Pouvez-vous nous parler de la nature de l'alphabétisation? Laissez-moi seulement vous dire ce que je pense — je parle non pas de la nature de l'alphabétisation, bien sûr, mais des problèmes qui y sont liés, aux déficiences. S'agit-il de la manifestation ultime d'un problème à long-terme, qui dure toute une vie? Je ne sais pas si nous devrions parler d'alphabétisation. Nous devrions peut-être parler d'analphabétisme, je ne sais pas. Est-ce un problème persistant qui dure depuis l'enfance, ou s'agit-il d'un problème qui tire son origine du vieillissement et de la perte des facultés chez les personnes âgées? Est-ce un problème provoqué par un trouble quelconque? En d'autres mots, le phénomène persiste-t-il tout au long d'une vie à cause d'une carence en éducation dès le jeune âge? Pourriez-vous me parler de la nature du problème et de ses causes sous-jacentes? Je dois dire que cette information m'a étonnée.

Mme Martin : Je peux tenter de répondre à cette question.

Tout d'abord, l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes est riche en information concernant le niveau d'alphabétisation des adultes au Canada, dans l'ensemble du pays et par province. Entre autres, vous pourrez observer, dans les résultats de cette enquête, que les compétences en alphabétisation s'améliorent à mesure qu'on va vers l'Ouest. Les problèmes d'alphabétisation sous-jacents qui existent dans notre province à l'égard de la génération dont nous parlons sont courants dans toute économie axée sur l'exploitation des ressources. Dans une économie où les gens peuvent bien s'en tirer dans des secteurs comme le tourisme, l'agriculture et la pêche, on n'a pas besoin de bien lire pour gagner sa vie. Ce sont là nos trois principaux secteurs, et à une époque où les ressources abondaient et permettaient de bien gagner sa vie, les gens qui évoluaient dans ces secteurs n'avaient pas besoin d'être de bons lecteurs. Donc, si vous ne veniez pas d'une famille qui valorisait l'apprentissage, plus souvent qu'autrement, vous faisiez votre vie, meniez une existence confortable et gagniez bien votre vie, et la lecture et tout le reste n'avaient probablement pas d'importance. Même ceux qui avaient peut-être acquis des capacités de lecture et d'écriture les perdaient s'ils ne les mettaient pas en pratique. Nous observons

worst scores in the country in 15-year-old children. We have some of the worst scores despite the fact that we have over 70 schools for a population of 136,000. It is counter-intuitive. The bricks and mortar are not in and of themselves enough. The inter-generational nature of literacy and literacy skills and valuing learning are mixed together. You cannot really parcel that out; I think is part of what we see in P.E.I.

We are well aware of the issue and now we are looking at what does it take to change it? Give me 40 acres and I will turn this thing around. It is a huge issue for us for when it comes to prosperity we have to move from a resource-based economy to a value-added, knowledge-based economy. In making that move to a different economy, we have to change these issues around learning and they have little to do with intelligence but with what has been learned. We have people who are coping very well and we have 35,000 Islanders in the workforce. That is a big chunk of our workforce, with less than Grade 12 that today are working and productive but as the knowledge needs of their jobs increase, they are vulnerable. We are trying to move our economy from a resource-based to a knowledge-based economy so we have many challenges around literacy.

Senator Cools: My question comes from the fact that I was born in Barbados. This little island has the highest literacy rate in the world. I am always amazed when I hear this sort of thing because I never encountered an illiterate person until I came to Canada or people who are supposedly literate but cannot read a paragraph.

Ms. Martin: Yes, and that is a lot of what we have. They can read but they cannot comprehend.

Ms. Duffy: Comprehension would be down.

Ms. Martin: Anna spent years in the public education system and brought up and educated very well 10 children.

Senator Cools: Could you explain a little bit?

Ms. Duffy: Just as Faye said, growing up in a rural community or a fishing community, at one time Grade 8 was considered the required education for boys if they were going to farm or fish for a living. I taught school for many years and if you could keep the boys in school after Grade 8, you did well because they just thought that was all the education they needed for farming. Farming was quite productive and fishing was bringing in a good income so they left and went out fishing or farming. Those boys are now fathers and some of them do not see the need for their children to stay in school to finish high school.

cette tendance chez la génération qui atteint l'âge d'or. Certaines personnes de cette génération n'ont jamais acquis de capacités de lecture. Malheureusement, cette lacune persiste chez les générations suivantes, et nous affichons certaines des pires statistiques du pays chez les enfants de 15 ans. Nous sommes dans le peloton de queue, alors que nous avons plus de 70 écoles pour une population de 136 000 personnes. C'est à n'y rien comprendre. Le fait d'avoir des installations physiques ne suffit pas. La nature intergénérationnelle de l'alphabétisation, les capacités de lecture et d'écriture et la valorisation de l'apprentissage sont des questions interreliées. Vous ne pouvez pas vraiment isoler un élément; je crois que c'est le phénomène que nous voyons à l'Île-du-Prince-Édouard.

Nous sommes très conscients du problème, et nous tentons de déterminer ce qu'il faut faire pour le régler. Donnez-moi 40 acres, et je vais changer les choses. C'est un énorme problème pour nous au chapitre de la prospérité : nous devons passer d'une économie de ressources à une économie à valeur ajoutée et axée sur le savoir. Dans ce passage à un autre modèle économique nous devons régler ces problèmes liés à l'apprentissage; ils ont très peu à voir avec l'intelligence, et concernent plutôt le contenu appris. Certaines personnes s'en tirent très bien et 35 000 insulaires font partie de la population active. Une grande proportion de notre population active n'a pas sa 12^e année : aujourd'hui, elle travaille et elle est productive, mais, à mesure que les besoins en matière de connaissances augmentent dans le milieu de travail, cette souche de la population devient de plus en plus vulnérable. Nous tentons de passer d'une économie de ressources à une économie du savoir, alors nous devons relever beaucoup de défis liés à l'alphabétisation.

Le sénateur Cools : Ma question tient au fait que je suis née à la Barbade. Cette petite île arrive au premier rang dans le monde au chapitre du taux d'alphabétisation. Je suis toujours étonnée lorsque j'entends ce genre de chose, car je n'ai jamais rencontré de personnes analphabètes avant de venir au Canada, ni de personnes qui prétendent savoir lire, mais ne peuvent pas déchiffrer un paragraphe.

Mme Martin : Oui, il y a beaucoup de gens comme ça chez nous. Ils peuvent lire, mais ils ne comprennent pas.

Mme Duffy : La compréhension est un problème.

Mme Martin : Anna a travaillé pendant dix ans dans le système d'éducation publique et a très bien élevé et éduqué dix enfants.

Le sénateur Cools : Pourriez-vous expliquer un peu ce que vous voulez dire?

Mme Duffy : Comme l'a dit Faye, dans une collectivité rurale ou de pêcheurs, à une certaine époque, on considérait qu'une huitième année était suffisante pour les garçons s'ils voulaient gagner leur vie comme fermiers ou comme pêcheurs. J'ai enseigné pendant nombre d'années, et on se réjouissait de réussir à conserver un garçon à l'école après la huitième année, car les garçons croyaient que l'éducation dont ils avaient besoin pour être fermiers s'arrêtait là. L'exploitation agricole était assez fructueuse, et la pêche assurait un bon revenu, alors on partait et on se faisait pêcheur ou fermier. Ces garçons sont aujourd'hui

Some children are staying in school until the end of Grade 12 but their comprehension level probably will not be more than Grade 8. We are having difficulty in breaking this cycle.

The Chair: I a former teacher and I remember going to school in Halifax in exactly the same situation. We had a group of kids who left after Grade 8. We had another group of kids who left after Grade 10. And then we had a group that went on to university. If you got all the way to Grade 12 you probably went on to some form of post-secondary education. When you left in Grade 8 you could become a telegraph operator, you could work in the hotel industry, and if your father owned a fishing boat you went into the fishery. And looking back, it did not start with them in Grade 8. They often had made that decision when they were in Grade 6, that "I only have to stay here two more years so I do not really have to study very hard because I have only got two more years to go." So, it was cumulative in terms of if you came from a family, Anna, and I am sure you know this well, that education was not an option. Education was something you do. Education was your job. Education was your responsibility and "Do not come home with anything less than A's." We did it because that was the expectation. If there was no expectation because the family members, the father, the mother, they had never done this so why would they think there was a need for an expectation?

Ms. Martin: Exactly. The family is the first teacher. We still, here today at home, some people will say, "Well why should I bother going out and pursuing an expensive university education? My father fished," Michelle would know, "...in Rustico or Souris or wherever and made a couple of hundred thousand dollars a year and had Grade 6." Well that is not going to happen any more because the fisheries is depleting and we all know it.

Ms. Duffy: The farming is in dire straits.

Ms. Martin: Even our farms, I mean you cannot run a farm anymore without a business degree. I mean it does not work. It is all wrapped together.

Senator Cools: Madam Chair, I have been thinking about another issue that keeps coming up again, this is the whole question of abuse, I have been looking at page 29 of our report, and I think that we need to do some work on that section.

I think we need to crystallize out, physical abuse from emotional abuse and mistreatment and insensitivity. I noticed this earlier on when I first read it and I was going to let it go, but I think that we cannot let it go because the title is, "Options to Combat Abuse and Neglect." I do not know if anybody is aware but the terms, "abuse" and "neglect" come out of the child maltreatment field where the term was "CAN" being the acronym for "Child Abuse and Neglect." There is a whole literature around

pères, et certains d'entre eux ne voient pas pourquoi leurs enfants devraient terminer leurs études secondaires. Certains enfants restent à l'école jusqu'à la fin de la 12^e année, mais leur niveau de compréhension ne dépassera probablement pas celui de la huitième année. Nous avons de la difficulté à briser ce cycle.

La présidente : J'ai déjà été enseignante, et je me souviens d'avoir travaillé dans une école à Halifax où c'était comme ça. Nous avions un groupe d'élèves qui est parti après la huitième année. Un autre groupe d'élèves est parti après la dixième année. Nous avions aussi un groupe d'élèves qui est allé à l'université. Si vous vous rendiez jusqu'en 12^e année, vous alliez probablement poursuivre vos études. Avec une huitième année, on pouvait occuper un poste de télégraphiste, travailler en hôtellerie et, si votre père était propriétaire d'un bateau de pêche, vous vous faisiez pêcheur. Et maintenant que j'y repense, cela ne commençait pas en huitième année. Les élèves avaient souvent déjà pris cette décision en sixième année : « Je n'ai seulement qu'à rester encore deux ans, alors je n'ai pas besoin d'étudier très fort, parce qu'il ne me reste que deux ans. » Il y avait donc un effet d'entraînement, car il fallait venir d'une famille — Anna, je suis certaine que vous savez de quoi je parle — qui ne considérerait pas que l'éducation était une option. L'éducation était un passage obligé. L'éducation était votre travail. L'éducation était votre responsabilité, et on nous disait qu'une note inférieure à A ne ferait pas l'affaire. Nous le faisions, parce que c'était ce qu'on attendait de nous. S'il n'y avait pas d'attentes, c'était parce que les membres de la famille — le père, la mère — n'avaient jamais vécu de cette façon, alors pourquoi auraient-ils cru à la nécessité d'avoir des attentes?

Mme Martin : Exactement. La famille est la première école. Encore aujourd'hui, des gens chez nous vous diront : « Pourquoi est-ce que je m'efforcerais de poursuivre des études coûteuses à l'université? Mon père était pêcheur — Michelle le saurait — à Rustico ou à Souris ou je ne sais où, et il gagnait 200 000 \$ ou 300 000 \$ par année alors qu'il n'avait qu'une sixième année. » Eh bien, de telles situations sont chose du passé, car les pêcheries sont en déclin, et nous le savons tous.

Mme Duffy : La situation de l'industrie agricole n'est guère plus reluisante.

Mme Martin : Même nos fermes — il n'est plus possible aujourd'hui d'exploiter une ferme sans posséder de diplôme en administration des affaires. Cela ne fonctionne tout simplement pas. Tout est relié.

Le sénateur Cools : Madame la présidente, je songe à une autre question qui refait constamment surface, c'est toute la question de la violence; je regarde la page 34 de notre rapport, et je crois que nous devons nous attaquer à cette section.

Selon moi, il est nécessaire de distinguer la violence physique de la violence affective, des mauvais traitements et de l'insensibilité. J'ai remarqué ce problème plus tôt, la première fois que j'ai lu le rapport, et j'avais l'intention de laisser tomber, mais je crois que je ne pourrai pas, parce que le titre est : « Options visant à lutter contre les mauvais traitements et la négligence ». J'ignore si quelqu'un d'autre le sait, mais les termes « mauvais traitements » et « négligence » viennent du domaine de la violence envers les

child abuse and neglect deaths, child abuse and neglect maltreatment and it is not sufficient to do the task here because abuse and neglect here is connected to people being the custodians of children, guardians and the necessities of life.

I think that we should just amend that a bit and then see if we can tease this out to be able to respond to the variety of concerns. I think it can be done quite easily but the more I hear, because you know you have to deal with violence against elders not just like family members, which is family violence because there is also violence from neighbours, caregivers and institutions, right? There is often abuse from relatives. I heard of a case recently of a grandchild being very abusive and so on and so I think we have work to do on that issue.

Senator Mercer the image for many for family violence is always the man hurting the woman but all the data and all the literature shows that it is a symmetry and mutuality that women attack and initiate violence and do it as frequently as men. The literature shows that.

Senator Mercer: Unfortunately, we have two or three very prominent cases of that in Halifax in the past year so I understand exactly what you mean.

Senator Cools: Absolutely, and at some point because we have to consider the families of these individuals, the caretakers, in other words, family members, who, in some cases are provoked to unspeakable levels. I received a phone call from a particular woman about 40 years of age and her mother was spitting at her and being very unpleasant. I mean she got a bit angry. She did something she should not have done but I do not know that we want to complicate the problem by calling the police. I do not know. I am just saying I want us to make those couple of paragraphs more responsive to what we are actually hearing.

The Chair: We will do that, Senator Cools.

Senator Cools: You will look after it? Thanks.

The Chair: In addition, of course, I think we need to recognize that the abuse in terms of seniors is unique and we cannot use vocabulary that is attached to children so I could not agree more on that.

Senator Cools: Yes, because we are not dealing with children in this case.

The Chair: I would like to focus for a few minutes on the issue of financial abuse. We have had some real discussions in our committee about the competency issues and that often relates directly to the financial abuse issues.

enfants. La question de la mort infantile et de la violence envers les enfants causées par des mauvais traitements et la négligence a fait couler beaucoup d'encre, mais ces documents ne sont pas directement pertinents dans le contexte du présent problème, car les mauvais traitements et la négligence se rattachent à des personnes qui ont la garde des enfants, qui en sont les tuteurs et qui sont les pourvoyeurs des nécessités de l'existence.

Je crois qu'il faudrait modifier cette partie un peu, puis voir si nous pouvons démêler le sujet pour réagir aux différentes préoccupations. Je crois que nous pouvons le faire assez facilement, mais plus j'en entends — car vous savez qu'il faut lutter contre la violence envers les aînés, pas seulement par les membres de la famille — soit la violence familiale —, mais aussi la violence chez des voisins, des donneurs de soins et des institutions, n'est-ce pas? Les mauvais traitements viennent souvent des membres de la famille. Dernièrement, j'ai entendu le cas d'une personne très violente envers son grand-parent, donc je crois que nous avons beaucoup de travail à faire à ce sujet.

Sénateur Mercer, on s'imagine souvent que la violence familiale est provoquée par l'homme qui fait mal à la femme, mais toutes les données et tous les documents montrent que l'homme et la femme s'attaquent mutuellement, et que la violence peut être déclenchée aussi fréquemment par la femme que par l'homme. C'est ce qu'indiquent les documents.

Le sénateur Mercer : Malheureusement, deux ou trois cas ont fait grand bruit à Halifax durant la dernière année, alors je comprends très bien de quoi vous parlez.

Le sénateur Cools : Certainement, et, un jour ou l'autre, nous devons tenir compte des besoins des familles de ces personnes — les aidants, en d'autres mots — des membres de la famille qui, dans certains cas, sont provoqués à un degré inimaginable. J'ai reçu un appel téléphonique d'une femme d'environ 40 ans qui me confiait que sa mère lui crachait dessus et se montrait très désagréable. Eh bien, elle s'est fâchée un peu. Elle a fait quelque chose qu'elle n'aurait pas dû faire, mais je ne sais pas s'il est souhaitable de compliquer le problème en téléphonant à la police. Je l'ignore. Tout ce que je dis, c'est que j'aimerais que l'on adapte ces deux ou trois paragraphes pour qu'ils reflètent davantage les problèmes dont nous prenons connaissance.

La présidente : Nous le ferons, sénateur Cools.

Le sénateur Cools : Vous vous en occuperez? Merci.

La présidente : De plus, évidemment, je crois que nous devons reconnaître le caractère distinct des mauvais traitements infligés aux personnes âgées et que nous ne pouvons pas utiliser des termes qui s'appliquent aux enfants, donc je suis tout à fait d'accord avec vous.

Le sénateur Cools : Oui, parce que nous ne parlons pas des enfants dans ce cas.

La présidente : J'aimerais aborder pendant quelques minutes le sujet de l'exploitation financière. Notre comité a discuté en détail des questions de capacité, et ce sujet est souvent directement lié aux problèmes d'exploitation financière.

Senator Cools, as you know, used the example of a taxi driver taking advantage of an older woman but fortunately, the son had put some limits on how much his mother could withdraw from the bank at any one given time. That is fine, but the other problem can ensue. My husband was the power of attorney for his father and he did not abuse the process. It turned out a bank teller did and took \$72,000 out of his account but the bank of course immediately returned it with interest so it was no significant loss as soon as the auditors found what happened. However, in essence, had my husband chosen to, he could have stripped every single asset from his father. We have to balance those two things. My information is that many seniors do not know what they are signing when they are signing these powers of attorney, that they trust their family members and in 90 per cent of the cases, even 95 per cent of the cases, that trust may be justified. How do we put supports in place for the 5 per cent, however, that are not trustworthy?

We heard of a woman who was living in a home and when she said she did not have enough money to have her hair done, she began an investigation into her finances. The poor woman had property worth well over a million dollars, which her daughter had sold without her knowledge. She was broke and after some appropriately strongly worded legal letters, she managed to get a little bit of allowance. The problem was she did not want to sue her daughter. She did not want to cause that kind of aggravation. All she wanted was enough money for a haircut.

We must try to find the proper balance concerning the competency issue. We are dealing with other competency issues concerning the privilege of driving. We are dealing with the competency issue concerning the placement of a person in a nursing home. For example, when is it appropriate to say that the privilege should be removed? We must find a balance. We are not talking about someone with mental problems, we are talking this is a person with a physical well-being problem but he or she is saying, "I do not care. I want to live in my own home and if that means that I do not get the services that I would get in a nursing home, I want to be able to make that choice. I want to remain competent of my own decision making." It is not an easy area to grapple around with and I wonder if you have any thoughts to contribute, Faye and Anna, to this issue.

Senator Mercer: You answered all the other questions today, now come on.

Ms. Martin: The whole issue of choice is huge, whether you are 85 years of age or whether you are 25 years of age. I mean some of the most significant challenges around human rights decisions and individual rights in this country have been around choice, and when you are a senior, it is no different. The types of choices are what are different so I certainly do not have an answer to the question.

Le sénateur Cools, comme vous le savez, a cité l'exemple du chauffeur de taxi qui tente de profiter d'une femme âgée; heureusement, son fils avait fixé des limites sur le montant que sa mère était autorisée à retirer par visite à la banque. C'est bien beau, mais il y a le revers de la médaille. Mon époux avait une procuration pour son père, mais il n'a pas profité de la situation. Au bout du compte, c'est un caissier de la banque qui l'a fait, et il a retiré 72 000 \$ du compte, mais, bien sûr, la banque a immédiatement remis la somme avec intérêts, donc la perte n'était pas importante dès le moment où les vérificateurs se sont rendus compte de ce qui était arrivé. Toutefois, si mon époux avait décidé de le faire, il aurait pu priver son père de tous ses actifs. Il faut rétablir l'équilibre entre ces deux choses. Selon les renseignements dont je dispose, beaucoup d'ainés ne savent pas ce qu'ils font lorsqu'ils signent ces procurations, et ils font confiance aux membres de leur famille; dans 90 p. 100 des cas, même 95, cette confiance est probablement justifiée. Comment établissons-nous des mesures de contrôle pour ces 5 p. 100, qui ne sont pas dignes de confiance?

Nous avons entendu parler d'une femme qui vivait dans un foyer et qui, le jour où elle s'est aperçue qu'elle n'avait pas les moyens de se faire coiffer, a enquêté sur ses finances. La pauvre femme avait des biens dont la valeur dépassait largement le million de dollars, et sa fille les avait vendus à son insu. Elle était ruinée et, à coup de lettres menaçantes de son avocat, elle a réussi à obtenir une petite allocation. Le problème, c'est qu'elle ne voulait pas entreprendre de poursuite judiciaire contre sa fille. Elle ne voulait pas être à l'origine de ce genre d'ennui. Tout ce qu'elle désirait, c'était assez d'argent pour se faire couper les cheveux.

Il faut trouver un juste équilibre au chapitre de la question des capacités. Nous traitons d'autres questions relatives à la capacité lorsque nous discutons du privilège de conduire une automobile. Nous en parlons lorsque nous étudions la question du placement d'une personne dans une maison de soins infirmiers. Par exemple, dans quelle situation est-il approprié de dire que le privilège devrait être retiré? Il faut trouver un équilibre. Nous ne parlons pas d'une personne ayant un trouble mental, nous parlons d'une personne qui a un problème de bien-être physique, mais qui dit : « Je m'en fiche. Je veux vivre chez moi, et si cela signifie que je n'ai pas accès aux services offerts dans une maison de soins infirmiers, je veux avoir le droit de faire ce choix. Je veux demeurer responsable de mes propres décisions. » La question n'est pas facile à saisir, et j'aimerais bien entendre vos idées à ce sujet, Faye et Anna.

Le sénateur Mercer : Vous avez répondu à toutes les autres questions aujourd'hui, allez.

Mme Martin : Toute la question du choix est énorme, que vous ayez 85 ans ou 25 ans. Certains des plus importants enjeux relatifs aux décisions touchant les droits de la personne et les droits individuels au pays s'articulent autour de la question du choix, et c'est tout aussi important dans le cas des personnes âgées. La différence réside dans la nature des choix, alors je n'ai certainement pas de réponse à la question.

Concerning the earlier part of your commentary around financial abuse and supports, I think about a slogan that we use when it comes to dealing with elder abuse. We had an item on our FPT seniors' agenda. It was called "Combating Elder Abuse" and we thought that the language was very bad so we dropped the word "combat." The minister said we were not going to talk like that anymore. So in coming to terms with elder abuse, the slogan that comes to mind is "No effort is too small." I mean there are huge things that need to be done but when we are talking about going about the countryside talking about financial elder abuse, clearly we are talking to the seniors that are able to come out and understand what we are telling them so we are informing them. We are talking to them about power of attorney and what that means, competency and what that means. All of those things and clearly most of them that are there are there because they are interested and they can comprehend the message. How to get messages to people who are not in a state of mind to fully comprehend I do not know. I know our Public Trustee talks a great deal to people in terms of whether they have family members for which they might want to think about a power of attorney. That works okay for some folks.

In terms of predators, I do not know what to do about evil. There are people who will knowingly take advantage of the vulnerable and seniors at some point do become vulnerable. I guess we are all vulnerable at certain times in our lives. I do not know what to do about evil. It is there and how you stop it is beyond me, but in terms of what we are doing, we are getting the word out and hoping that the majority of people who hear it are well intended and will take advice and do the right thing. We hear stories where that is not the case for sure.

Ms. Duffy: I find it encouraging that some banks are training their staff to be alert to financial abuse. In my own example, I withdrew a little larger sum of money than I usually did a few months ago and the next time I was into the bank the teller, when she looked at my bank she said, "You know, such and such was removed from your account back on such and such a date. Is that okay?" I mean she was alert enough to know that a larger amount than normal had been withdrawn and I thanked her for her observation. It is good that they can spot the irregularities in that type of thing.

Ms. Martin: The local bank manager will join us on the panel with us and we have heard stories about banking and seniors. One manager told us about a grandchild who accompanied her grandmother to the bank to get a loan for her tuition. In this case, the loans officer sensed that the grandmother was not as comfortable with the proposed loan as the younger person was portraying it. In this case, the officer postponed the loan to the next day and after having a private conversation with the senior, said, in the presence of the younger person that she would not approve the loan. That took the onus off the senior and put the

En ce qui concerne la première partie de votre commentaire, au sujet de l'exploitation financière et des mesures de contrôle, je pense à un slogan que nous invoquons lorsque nous traitons de la question des mauvais traitements envers les aînés. Il y avait un point à l'ordre du jour dans le cadre de la réunion FPT sur les aînés. Il s'intitulait « Lutter contre la violence envers les aînés », et nous trouvions que la formulation était vraiment mauvaise, alors nous avons laissé tomber le mot « lutter ». Le ministre a dit que nous ne parlerions plus en ces termes à l'avenir. Ainsi, à l'égard de la violence envers les aînés, le slogan qui vient à l'esprit est « chaque effort compte ». S'il est vrai que de vastes mesures doivent être prises, il n'en demeure pas moins que, lorsque nous allons dans les régions pour parler de l'exploitation financière des aînés, bien sûr, nous parlons aux aînés qui sont en mesure de se présenter et de comprendre ce que nous leur disons, donc nous les informons. Nous leur parlons de la procuration et de ce qu'elle suppose, des capacités et de ce que cela veut dire. Nous leur parlons de toutes ces choses, et il paraît évident que la plupart d'entre eux sont là parce qu'ils sont intéressés et qu'ils peuvent comprendre le message. J'ignore comment communiquer le message aux gens qui ne sont pas en état de bien comprendre. Je sais que notre curateur public parle beaucoup aux gens de la possibilité d'une procuration pour un membre de leur famille. Certaines personnes s'en tirent très bien ainsi.

Quant aux prédateurs, je ne sais pas quoi faire contre les forces du mal. Certaines personnes exploiteront délibérément la vulnérabilité, et les personnes âgées, à un certain point, deviennent vulnérables. J'imagine que nous sommes tous vulnérables à certains moments de notre vie. Je ne sais pas quoi faire contre les forces du mal. Le mal existe et je serais bien en peine de vous dire comment l'arrêter, mais notre travail, c'est de transmettre le message, et nous espérons que la majorité des personnes qui l'entendent sont bien intentionnées, s'informeront et feront ce qui doit être fait. Nous entendons des histoires où ce n'est certainement pas le cas.

Mme Duffy : Je trouve encourageant que certaines banques forment leur personnel à être vigilant à l'égard de l'exploitation financière. Et j'en ai fait l'expérience : il y a quelques mois, j'avais retiré un montant d'argent légèrement plus élevé qu'à mon habitude; lorsque je suis allée à la banque par la suite, la caissière, après avoir regardé mon relevé de compte, a dit : « Tel montant a été retiré de votre compte à une telle date. Est-ce normal? » Elle était assez vigilante pour savoir qu'un montant plus élevé que d'habitude avait été retiré, et je l'ai remerciée de l'avoir signalé. C'est bien qu'ils puissent repérer les anomalies dans ce genre de chose.

Mme Martin : Le gérant de la banque locale se joindra à nous, et nous avons entendu des histoires au sujet des opérations bancaires et des aînés. Un gérant nous a parlé d'une jeune fille qui s'est présentée à la banque en compagnie de sa grand-mère pour obtenir un prêt d'études. Dans ce cas, le responsable des prêts a perçu chez la grand-mère un malaise à l'égard de la proposition de prêt, alors que la jeune fille était très enthousiaste. Le responsable a reporté le prêt au lendemain et, à la suite d'une discussion en privé avec la grand-mère, a déclaré, devant la jeune fille, qu'il n'approuverait pas le prêt. Cette solution a libéré la grand-mère

denial onto the loan officer. It is a little cagey but it worked so talk about smaller communities, you know, that was a small community where they noticed the dynamic because they knew the people.

Senator Cools: Listening to you and Senator Carstairs, I think this is one of the wonderful by-products of this work. This committee is airing the subject matter, bringing it up, shining the light on it, and discussing it. This is a benefit to seniors and lets the would-be deviants know that more and more people are aware of the dangers. These are positive by-products because I think the list of the deviants is quite long. When you said it was a teller that stole from the women I went, "Oh, my God" in that instance. Everybody knows of cases in families where trust is violated. And also too as we go along I think we have to lead, too, in developing some of the language. We could expand the term "abuse" to talk about violations of trust among family members and to lead the way in finding the language because I think every family member has this fear that their loved ones will let them down. I tend to think for the most part, though there will still be deviants, the greater majority of people out here are far more scrupulous, you know? Anyway I think it is a good debate. It is a good discussion.

The Chair: My final question to the two of you has to deal with the whole issue of prevention. We know there are some strategies about falls prevention and that type of thing but I must say that it was brought home to us in a very stark way yesterday by a doctor who said there is a myth that seniors are going to be better off and they are going to live longer and his view was that neither was going to be the case, that this was probably going to be the generation of the best, well-off, or the most well-off seniors and that the next seniors were perhaps going to be less well-off. More importantly, he was very concerned about the rates of obesity, galloping diabetes, and other chronic diseases that are on the upswing rather than on the downturn. He encouraged us to address the issue of preventative programs.

Ms. Martin what is happening in P.E.I.? What does your secretariat envisage in terms of prevention programs?

Ms. Duffy: I do not know whether we have gotten to that.

Ms. Martin: Well we have an Active Living Alliance on P.E.I., which is a partnership of government and community organizations that work across the province with communities to tailor programs to communities' needs. I would have to say that at this point in time that is probably the most progressive step that has been taken. We have huge issues around type 2 diabetes in our province. We have all of the usual health issues around arthritis, heart disease and hypertension. As a population we are not doing as well as we might. We have very high childhood obesity rates in P.E.I. In my personal opinion that is where

de la responsabilité et l'a placée sur l'agent de prêts. C'est un peu douteux, mais ça a marché; on dira ce qu'on veut des petites collectivités, mais c'est parce qu'il s'agissait d'une petite collectivité qu'on a remarqué la dynamique, car on connaissait les gens.

Le sénateur Cools : Lorsque je vous écoute, vous et le sénateur Carstairs, je constate l'une des merveilleuses retombées de ce travail. Le comité lève le voile sur le sujet, il l'aborde, le met au grand jour et en discute. Cela va dans l'intérêt des aînés et avertit les délinquants potentiels que de plus en plus de gens sont conscients des dangers. Ce sont des retombées positives, car je crois que la liste de délinquants est très longue. Lorsque vous avez parlé d'un caissier qui a volé de l'argent à une femme, je me suis dit : « Oh mon Dieu. » Tout le monde connaît des familles où il y a eu trahison de la confiance. De plus, à mesure que nous avançons, nous devons également voir à l'évolution du vocabulaire. Nous pourrions élargir la notion de « mauvais traitement » pour qu'elle englobe les abus de confiance entre les membres d'une famille, et nous pourrions ouvrir la voie en trouvant des mots pour exprimer ces réalités, car je crois que chaque membre d'une famille craint que les êtres qui lui sont chers le laissent tomber. J'ai tendance à croire que, même s'il existera toujours des gens malhonnêtes, la grande majorité des gens ont beaucoup plus de scrupules, n'est-ce pas? Quoi qu'il en soit, à mon avis, c'est un bon débat. C'est une bonne discussion.

La présidente : La dernière question que j'adresse à vous deux touche la question de la prévention. Nous savons tous qu'il existe des stratégies pour prévenir les chutes et ce genre de chose, mais je dois dire qu'on nous a brossé un portrait sombre de cette question. Hier, un médecin a dit que nous avons tort de croire que les finances et l'espérance de vie des aînés vont s'améliorer. Selon lui, c'est un mythe : la génération actuelle d'aînés sera la mieux nantie et les prochaines générations vont probablement voir leur situation se détériorer. Point encore plus important, il était très inquiet au sujet du taux d'obésité, du fléau du diabète et de la propagation progressive d'autres maladies chroniques. Il nous a encouragés à examiner la question des programmes de prévention.

Madame Martin, qu'est-ce qui se passe à l'Île-du-Prince-Édouard? Quelles sont les choses que votre secrétariat envisage au chapitre des programmes de prévention?

Mme Duffy : Je ne sais pas si nous en sommes à ce point.

Mme Martin : Nous avons établi à l'Île-du-Prince-Édouard une alliance pour la vie active, partenariat entre le gouvernement et les organismes communautaires qui œuvrent avec les collectivités de partout dans la province pour adapter les programmes aux besoins de chacune d'entre elles. Je dois dire que, à l'heure actuelle, c'est probablement la démarche la plus progressiste qui ait été entreprise. Nous sommes aux prises avec de gros problèmes concernant le diabète de type 2 dans notre province. Il y a tous les problèmes habituels concernant l'arthrite, les maladies du cœur et l'hypertension. À l'échelle de la

prevention starts. By the time you become a senior, the die is pretty much cast in terms of what your health footprint is going to be.

I guess in terms of answering the question that would be something that we have not looked at as much as we could have yet and we probably will get to it. Our issues around housing and Pharmacare are probably the most burning issues for us in terms of our population and our seniors' population. Everything that applies to our population applies to our seniors' population because we are at 14.7 per cent, the national average is 13.1 per cent, and we are exponentially climbing. So we are a little bit behind the 8-ball on some of those very fundamental programs that need to be shored up.

Ms. Duffy: Concerning prevention, before the secretariat came into existence, the P.E.I. Senior Citizens Federation sponsored a program through Canadian Pensioners Concerned in diabetic prevention and we were trained to go out to work with community groups, church groups and senior groups to give workshops on the prevention of diabetes. That was four or five years ago.

It is interesting that in a survey conducted on Prince Edward Island a number of years ago, we had the highest level of consumption of alcohol, we had the highest level of tobacco consumption and we had the highest level of satisfaction.

Ms. Martin: Smoking and drinking and happy.

The Chair: No, you are quite right. Obesity rates have to be dealt with and work it up into the seniors' issue, but it is going to be a huge issue.

In the previous panel, we were talking about Aboriginal communities in New Brunswick and Nova Scotia and the fact that they are very small in number. Many of those concepts also relate to the Island because I know through my assistant that the rates of dementia here are not different from the rates of dementia elsewhere in the country. However, because you have fewer long-term care beds, dementia patients occupy many of them. As a result, the dementia patients are not separate from the non-dementia patients and that creates problems.

Yesterday, they said at Northwood Manor that all of the sixth floor and the entire seventh floor are occupied with dementia patients and they now think they are going to have to make the fifth floor available for dementia patients. This facility has other floors, but you do not have that luxury.

You might have a small personal care bed situation in which 80 per cent or 85 per cent of the patients are suffering from some form of dementia and you only have 15 per cent of the beds left for everyone else. This must be a huge problem.

population, les choses ne vont pas aussi bien qu'elles le pourraient. Le taux d'obésité infantile à l'Île-du-Prince-Édouard est très élevé. À mon avis, c'est là que commence la prévention. Lorsqu'on atteint l'âge d'or, les jeux sont faits en ce qui concerne l'état de santé.

J'imagine que, pour répondre à votre question, c'est un sujet que nous n'avons pas encore abordé dans une mesure souhaitable, mais nous y arriverons probablement. Nos problèmes concernant le logement et l'assurance-médicament sont probablement les sujets les plus urgents pour la population et les aînés en particulier. Tout ce qui s'applique à notre population s'applique aux aînés, parce que le taux est de 14,7 p. 100, alors que la moyenne nationale est de 13,1 p. 100, et la croissance de ce taux est exponentielle. Nous avons donc un peu de retard à l'égard de ces programmes fondamentaux qu'on doit renforcer.

Mme Duffy : Quant à la prévention, avant la mise sur pied du secrétariat, la fédération des aînés de l'Île-du-Prince-Édouard parrainait un programme de prévention du diabète par l'entremise de la Corporation canadienne des retraités intéressés, et nous avons été formés pour aller travailler avec des groupes communautaires, des groupes confessionnels et des groupes d'aînés en vue de tenir des ateliers sur la prévention du diabète. Cette initiative remonte à quatre ou cinq ans.

Il est intéressant d'observer que, dans un sondage mené à l'Île-du-Prince-Édouard il y a un certain nombre d'années, nos taux de consommation d'alcool et de tabagisme arrivaient au premier rang, et nous avions le taux de satisfaction le plus élevé au pays.

Mme Martin : Fumer, boire et être heureux.

La présidente : Non, vous avez absolument raison. Le taux d'obésité doit être réglé et intégré à la question des aînés, mais c'est un programme de taille.

Dans le cadre de la séance précédente, nous parlions des collectivités autochtones au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse et du fait que leur nombre est très petit. Beaucoup de ces idées se rattachent au fait de vivre sur une île, car, grâce à la personne qui m'assiste, je sais que le taux de démence ici n'est pas différent du taux de démence partout ailleurs au pays. Toutefois, puisque les places dans les établissements de soins à long terme sont limitées, les patients atteints de démence en occupent beaucoup. Par conséquent, ils ne sont pas isolés des autres patients, et cela crée des problèmes.

Hier, les responsables du foyer Northwood Manor ont signalé que les sixième et septième étages sont entièrement occupés par des patients atteints de démence, et qu'on songe actuellement à aménager le cinquième étage à cette fin. L'établissement en question a d'autres étages, mais vous n'avez pas ce luxe.

Vous avez peut-être de petits établissements pour des soins personnalisés à l'intérieur desquels 80 ou 85 p. 100 des patients sont atteints d'une forme ou d'une autre de démence, et seulement 15 p. 100 des places sont disponibles pour tous les autres. Cela doit être un problème énorme.

Ms. Martin: There are many issues around that problem. I had a call about three weeks ago from a family whose mother was an Alzheimer's victim in a nursing care facility in Summerside and she needed to go to a secure unit. She was a flight risk. I do not know the medical terminology but there was definitely a security issue around her care. They did not have a bed available for her that was without a fee. The woman had to be transferred to a community 50 miles away to have a place where they could care for her properly and in a secure manner. Her family was distraught because they were accustomed to being able to see her daily, yet there was nothing they could do until a bed became available in the local facility. People are dealing with those heartbreaking problems.

The Chair: There is also the reverse situation, which is also a heartbreaking problem for the family members of a loved one who does not suffer from dementia. It must be painful for all concerned to have a loved one who is not suffering from dementia to be surrounded by people who are. That must be difficult. What does that do for the sense of isolation or sense of participation in the community?

Ms. Martin: Absolutely. We are in a situation right now where sometimes when you get behind you start to come out a little bit ahead of the situation. Our long-term care facilities are undergoing an examination and it is looking like many of them will have to be rebuilt and redesigned. We hope to be able to address some of those problems with the recreation of some of these long-term care facilities. We know so much more and our conditions have changed so much more since the facilities were built years ago. Yes, we have very large issues around those matters.

The Chair: I want to thank you both very much for being here today.

It is a delight to have you and we got on on a first name basis here, which does not happen except on the Island, I have to say, where it does happen on a fairly regular basis.

In addition, you both know that I have a long-term association with the island. Michelle MacDonald has served me very well in Ottawa. She not only left my employment on a full-time basis but she came back to the island.

Ms. Martin: And we are glad she did.

The Chair: However, she still works for me and Michelle would never let me forget about the island even if I tried to. So thank you very much.

Ms. Martin: Thank you very much. It was our pleasure.

The committee adjourned.

Mme Martin : Ce problème comporte beaucoup de facettes. Il y a environ trois semaines, j'ai reçu un appel d'une famille dont la mère, qui souffrait de la maladie d'Alzheimer et était dans un établissement de soins infirmiers à Summerside, devait être transférée dans une unité en milieu fermé. Elle présentait des risques d'évasion. Je ne connais pas la terminologie médicale, mais il y avait certainement une question de sécurité liée aux soins qu'on lui prodiguait. Aucune place sans frais n'était disponible pour elle. La dame a dû être transférée dans une collectivité 50 milles plus loin pour qu'on puisse la placer dans un établissement où elle recevrait les soins appropriés de façon sécuritaire. Les membres de sa famille étaient bouleversés, parce qu'ils étaient habitués de la voir chaque jour; hélas, ils ne pouvaient rien faire avant qu'une place se libère dans l'établissement local. Les gens font face à des problèmes accablants.

La présidente : Il y a aussi la situation inverse, qui est tout aussi accablante pour les membres de la famille d'un être cher qui ne souffre pas de démence. Il doit être éprouvant pour toutes les personnes concernées de voir un être cher, qui ne souffre pas de démence, entouré de personnes atteintes de ce problème. Cela doit être difficile. Quelle est l'incidence d'une telle situation sur l'impression d'isolement ou l'impression de participation dans la collectivité?

Mme Martin : Certainement. Actuellement, nous sommes dans une situation particulière. Parfois, lorsqu'on prend du retard, on s'aperçoit que cela procure certains avantages. Nos établissements de soins à long terme font actuellement l'objet d'un examen, et il semble que beaucoup d'entre eux devront être reconstruits et reconçus. Nous espérons réussir à aborder une partie des problèmes en repensant certains de ces établissements de soins à long terme. Nous avons acquis tellement de connaissances, et le contexte a tellement changé depuis que ces établissements ont été construits, il y a longtemps. Oui, des problèmes colossaux sont liés à ces questions.

La présidente : Je tiens à vous remercier toutes les deux d'être venues aujourd'hui.

Nous avons été ravis de vous recevoir, et nous en sommes même rendus au point de nous tutoyer, ce qui n'arrive que sur l'île, où, je dois le dire, ce phénomène est assez courant.

De plus, vous savez toutes les deux que j'entretiens des liens avec l'île depuis longtemps. Les services de Michelle MacDonald m'ont été précieux à Ottawa. Non seulement a-t-elle quitté son emploi à temps plein, mais elle est retournée dans l'île.

Mme Martin : Et nous sommes contents qu'elle l'ait fait.

La présidente : Toutefois, elle travaille toujours pour moi, et Michelle ne me laisserait jamais oublier l'île, même si je le voulais. Alors je vous remercie beaucoup.

Mme Martin : Merci beaucoup. Tout le plaisir était pour nous.

La séance est levée.

Monday, May 13, 2008 (afternoon session)

Prince Edward Island Seniors' Secretariat:

Faye Martin, Acting Director;

Anna Duffy, Co-Chair.

Le mardi 13 mai 2008 (séance de l'après-midi)

Secrétariat aux aînés de l'Île-du-Prince-Édouard :

Faye Martin, directrice par intérim;

Anna Duffy, coprésidente.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Tuesday, May 13, 2008 (morning session)

New Brunswick Senior Citizens' Federation:

Ralph Smith, President.

Coalition for Seniors and Home Residents' Rights of New Brunswick:

Hector Cormier, President;

Cecile Cassista, Executive Director.

Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick:

Jean-Luc Bélanger, Chair.

The Royal Canadian Legion, New Brunswick Command:

Dennis Driscoll, Chair, Veterans and Seniors Committee.

Health Canada:

Debra Keays-White, Regional Director, First Nations and Inuit Health Branch, Atlantic Region;

Peter McGregor, Special Advisor, First Nations and Inuit Health Branch, Home and Community Care;

Wade Were, Acting Senior Advisor, First Nations and Inuit Health Branch, Policy and Strategic Planning.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mardi 13 mai 2008 (séance du matin)

Fédération des citoyens aînés du Nouveau-Brunswick :

Ralph Smith, président.

Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins longue durée du Nouveau-Brunswick :

Hector Cormier, président;

Cecile Cassista, directrice générale.

Association acadienne et francophone des aînées et aînés du Nouveau-Brunswick :

Jean-Luc Bélanger, président.

La Légion royale canadienne, direction du Nouveau-Brunswick :

Dennis Driscoll, président, Comité des anciens combattants et des aînés.

Santé Canada :

Debra Keays-White, directrice régionale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Atlantique;

Peter McGregor, conseiller spécial, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Soins à domicile et communautaires

Wade Were, conseiller principal par intérim, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Politiques et planification stratégique

(Suite à la page précédente)





Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:
The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Friday, May 16, 2008

Issue No. 10

Nineteenth and twentieth meetings on:
Special study on aging

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :
L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le vendredi 16 mai 2008

Fascicule n° 10

Dix-neuvième et vingtième réunions concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON
AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*
The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.
Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

*Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

SHERBROOKE, QUEBEC, Friday, May 16, 2008
(20)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:01 a.m., in room Sherbrooke C, Delta Sherbrooke, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Keon and Mercer (5).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

As individuals:

Dr. Réjean Hébert, Dean, Faculty of Medicine and Health Services, University of Sherbrooke.

Dr. Hélène Payette, Professor, Department of Community Health Services, Faculty of Medicine and Health Services, University of Sherbrooke.

Centre for Research on Aging:

Dr. Stephen Cunnane, Director.

Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés (AEIFA):

Sylvie Morin, Coordinator.

Agence Continuum Inc.:

Hélène Gravel, Chair.

The chair made a statement.

Dr. Hébert, Dr. Payette and Dr. Cunnane each made a presentation and answered questions.

At 10:35 a.m., the committee suspended.

At 10:45 a.m., the committee resumed.

Ms. Gravel and Ms. Morin each made a presentation and answered questions.

At 11:51 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAUX

SHERBROOKE, QUÉBEC, le vendredi 16 mai 2008
(20)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 1, dans la salle Sherbrooke C du Delta Sherbrooke, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Keon et Mercer (5).

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Michael Toye, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude des incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

À titre personnel :

Dr Réjean Hébert, doyen, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

Dre Hélène Payette, professeure, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.

Centre de recherche sur le vieillissement :

Dr Stephen Cunnane, directeur.

Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés (AEIFA) :

Sylvie Morin, coordonnatrice.

Agence Continuum Inc. :

Hélène Gravel, présidente.

La présidente fait une déclaration.

Le Dr Hébert, la Dre Payette et le Dr Cunnane font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 10 h 35, la séance est interrompue.

À 10 h 45, la séance reprend.

Mmes Gravel et Morin font chacune une déclaration puis répondent aux questions.

À 11 h 51, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

SHERBROOKE, QUEBEC, Friday, May 16, 2008
(21)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:06 p.m., in room Sherbrooke C, Delta Sherbrooke, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cools, Keon and Mercer (5).

In attendance: Julie Cool and Michael Toye, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

Quebec Elders' Council:

William Murray, Research Officer.

Table régionale de concertation des aînées et des retraités de l'Estrie:

Paul Rodrigue, Treasurer;

Jacques Demers, Secretary.

University of Third Age:

Gilles Beaulieu, Development Officer.

As individuals:

Marie Beaulieu, Professor, Social Services, University of Sherbrooke;

Monique Joyal-Painchaud;

Gilles Grenier;

André Fréchette.

The chair made a statement.

Mr. Murray, Mr. Rodrigue and Mr. Beaulieu each made a presentation and, with Mr. Demers, answered questions.

At 2:25 p.m., the committee suspended.

At 2:35 p.m., the committee resumed.

Ms. Beaulieu made a presentation and answered questions.

Ms. Joyal-Painchaud, Mr. Grenier and Mr. Fréchette each made a statement.

SHERBROOKE, QUÉBEC, le vendredi 16 mai 2008
(21)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 6, dans la salle Sherbrooke C du Delta Sherbrooke, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs (présidente).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cools, Keon et Mercer (5).

Également présents : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool and Michael Toye, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude des incidences du vieillissement sur la société canadienne. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Conseil des aînés du Québec :

William Murray, agent de recherche.

Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie :

Paul Rodrigue, trésorier;

Jacques Demers, secrétaire.

Université du troisième âge :

Gilles Beaulieu, agent de développement.

À titre personnel :

Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de Sherbrooke;

Monique Joyal-Painchaud;

Gilles Grenier;

André Fréchette.

La présidente fait une déclaration.

MM. Murray, Rodrigue et Beaulieu font chacun une déclaration puis, aidés de M. Demers, répondent aux questions.

À 14 h 25, la séance est interrompue.

À 14 h 35, la séance reprend.

Mme Beaulieu fait une déclaration puis répond aux questions.

Mme Joyal-Painchaud et MM. Grenier et Fréchette font chacun une déclaration.

At 3:31 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

À 15 h 31, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

SHERBROOKE, Quebec, Friday, May 16, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:01 a.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Honourable senators, ladies and gentlemen, members of the public, welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging.

Our committee is examining the implications of an aging society in Canada. The complex consequences of aging have been a concern for governments for many years. However, these concerns are becoming more pressing as the number of seniors increases because of greater life expectancy and the aging of the post-war generation.

Since public programs and services for seniors are essential to their well-being, it incumbent upon us as parliamentarians to ensure that the needs of seniors are met.

We have come to Sherbrooke to hear from various stakeholders, who will talk about the implications of aging on our society and, in particular, they will tell us what they think about our second interim report which was tabled in the Senate on March 11 last. The report focused on active aging, elderly workers, retirement and income security, healthy aging, growing old in the place of one's choosing, and the regional distribution of health costs related to aging.

Sherbrooke is the fourth stop on our pan-Canadian travels and we are looking forward to hearing the testimony today, which, I am sure, will help us develop a complete list of recommendations for our final report.

For this morning's first round table, we have the pleasure of welcoming Dr. Réjean Hébert and Dr. Hélène Payette from the University of Sherbrooke, and Dr. Stephen Cunnane from the Centre for Aging Research.

[*English*]

Dr. Réjean Hébert, Dean of the Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Sherbrooke, as an individual: Honourable senators, I would like to welcome you warmly to Sherbrooke. I am very proud that you made a stop here to hear about our work, the expertise of my colleagues on aging and what it can bring to your committee.

Sherbrooke is one of the largest research centres on aging in Canada, characterized by the multidisciplinary nature of the approach — Dr. Cunnane will probably speak more on that. In the research centre, we have people from the social research

TÉMOIGNAGES

SHERBROOKE, Québec, le vendredi 16 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 01, pour examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

La présidente : Honorables sénateurs, Mesdames et Messieurs, membres du public, bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

Notre comité examine les répercussions du vieillissement de la société canadienne. Les enjeux complexes du vieillissement préoccupent les gouvernements depuis de nombreuses années. Ils se font cependant plus pressants à mesure que le nombre des personnes âgées augmente du fait de l'allongement de l'espérance de vie et du vieillissement de la génération d'après-guerre.

Comme les programmes et les services publics destinés aux aînés sont essentiels à leur bien-être, il nous incombe en tant que parlementaires de veiller à la satisfaction sans faille de leurs besoins.

Nous sommes venus à Sherbrooke pour entendre divers intervenants nous parler des répercussions du vieillissement dans notre société et, plus particulièrement, nous dire ce qu'ils pensent de notre deuxième rapport provisoire déposé au Sénat le 11 mars dernier. Le rapport met l'accent sur le vieillissement actif, les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu, le vieillissement en santé, le vieillissement à l'endroit de son choix et la distribution régionale des frais de santé liés au vieillissement.

Sherbrooke est le quatrième arrêt de notre tournée pancanadienne et nous avons hâte d'entendre les témoignages d'aujourd'hui, lesquels vont, j'en suis sûre, nous aider à élaborer un ensemble complet de recommandations pour notre rapport final.

Pour la première table ronde de la matinée, nous avons le plaisir d'accueillir de l'Université de Sherbrooke Dr Réjean Hébert et Dre Hélène Payette, et du Centre de recherche sur le vieillissement nous avons Dr Stephen Cunnane.

[*Traduction*]

Dr Réjean Hébert, Doyen de la Faculté de médecine et de sciences de la santé, Université de Sherbrooke, à titre personnel : Honorables sénateurs, je vous souhaite la plus chaleureuse bienvenue à Sherbrooke. Je suis très fier du fait que vous vous soyez arrêtés ici pour en savoir plus long sur notre travail, l'expertise de mes collègues sur le vieillissement et ce qu'elle peut apporter à votre comité.

Sherbrooke est un des plus grands centres de recherche sur le vieillissement au Canada, et c'est un centre caractérisé par une approche multidisciplinaire. Le Dr Cunnane vous en dira sans doute plus long à ce sujet. Certains de nos chercheurs travaillent

area and people from the biological area, as well as people interested in the organization of services.

[Translation]

I was the first scientific director of the Institute of Aging of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), and for the last five years I have been the Dean of the Faculty of Medicine and Health Sciences of the University of Sherbrooke.

Last fall, I also co-chaired a public consultation which the Government of Quebec created on the living conditions of seniors. The consultations led to a report which I am pleased to table with you. The report summarizes the testimony we received from 4,000 seniors whom we met in 27 towns, as well as 275 briefs which we received and analyzed. The report's conclusions are similar to the ones contained in your report and I believe they will contribute to your final report.

Allow me to give you a brief overview of our report, which contains three main ideas:

The first is supporting vulnerable seniors and their loved ones, which is a theme you have also addressed, and about which we affirm that the best way to meet the needs of an aging population is to consolidate our universal health care system, which represents the best way to meet the needs of the elderly. I would also invite you to state this clearly in your report, because a private system is not interested in looking after seniors, and any parallel system would drain resources away from the public system and reduce access to services by seniors. I believe we need to reaffirm this extremely important value for Canadians, namely that we maintain our public health care system.

We also emphasize the importance of seniors living at home. We heard this 4,000 times over and over again. Seniors want to remain at home and would like to receive services at home, and not have to go to an institution to be treated. Our health care systems need to change their approach in a significant way to provide home care services. The health care system has to be recentred around providing care for people in their homes, because people who have chronic illnesses and who need long-term care will become more and more common because of the aging of the population, and a hospital is not the place to treat them.

The system must be based on seniors living at home, which forces us to examine how treatment is provided in the home. This is a grey area in Canada today, because home care is not necessarily considered as being medically necessary.

The Canada Health Act goes back to the last century and did not foresee the importance of home care one day.

We therefore must clarify the status of home care under our public health care system. The Romanow Commission took a step in the right direction, but only addressed post-hospital home care or home care in particular situations, such as palliative care, for

dans le domaine des sciences sociales, et d'autres dans celui de la biologie, tandis que d'autres s'intéressent plutôt à l'organisation des services.

[Français]

J'ai été le premier directeur scientifique de l'Institut du vieillissement des instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), et je suis depuis cinq ans le Doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

J'ai aussi coprésidé l'automne dernier une consultation publique que le gouvernement du Québec a mis en place sur les conditions de vie des aînés, qui a produit un rapport qu'il me fait plaisir de vous déposer, un rapport qui résume 4 000 personnes âgées que nous avons rencontrées dans 27 villes, et plus de 275 mémoires que nous avons reçus et analysés, et dont les conclusions vont dans le sens de votre rapport et je pense qu'elles pourront alimenter votre rapport.

Permettez-moi de faire un survol de ce rapport, qui comprend trois idées maîtresses :

La première, soutenir les aînés vulnérables et leurs proches, un thème que vous abordez également, dans lequel nous affirmons que la meilleure façon de répondre au vieillissement de la population est de consolider notre système de santé publique universel, qui est la meilleure façon de répondre aux besoins des personnes âgées. Je vous invite à affirmer cela clairement dans votre rapport, parce qu'un système privé n'est pas intéressé par les aînés, et tout système privé parallèle drainerait des ressources du système public et diminuerait l'accès aux services aux aînés. Je pense qu'il faut réaffirmer cette valeur extrêmement importante des Canadiens, d'avoir un système de santé public.

Nous mettons l'accent aussi, et nous l'avons entendu 4 000 fois, sur le maintien à domicile. Les aînés veulent rester à domicile et souhaitent recevoir les services là où ils habitent et non pas se déplacer vers des institutions pour recevoir les services. Il faut un changement important de l'approche de nos systèmes de santé pour donner les services au domicile. Il faut recentrer le système de santé autour du domicile des personnes parce que les personnes qui vivent avec des maladies chroniques et qui ont besoin de soins à long terme sont prépondérantes avec le vieillissement de la population et l'hôpital n'est pas le centre d'un tel système.

Il faut que le domicile soit le centre du système, ce qui nous oblige à examiner comment on traite les soins à domicile. Actuellement, il y a une zone grise au Canada où les soins à domicile ne sont pas nécessairement considérés comme étant médicalement nécessaires.

La Loi sur la santé du Canada a été conçue au siècle dernier et n'a pas prévu qu'il y aurait prépondérance des soins à domicile.

Il faut donc clarifier le statut des soins à domicile dans la couverture de notre système public de santé. La Commission Romanow a fait un pas dans cette direction, mais n'a reconnu que les soins à domicile post hospitaliers ou dans des situations

example. The concept of home care must be broadened and included in the Canada Health Act to cover long-term care, which includes mostly home care for the elderly and their loved ones.

This will require a major and massive investment in home care services. In Canada, between 4 and 5 per cent of health care expenditures are spent on home care, which is far too little. We need to make a major effort at investing better. Front line medical services must be improved, but also first line nursing services, which must be strong, because providing care in a person's home is much more complicated than doing so in a hospital, and so services must be integrated.

Sherbrooke is an area which has developed integrated services for the elderly. I had the pleasure of heading a research team called PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie), a research group which developed and implemented a model of integrated services which includes a single window, and consultation venues which bring together stakeholders from the public, private or volunteer sectors, and where they seek to agree on a basket of services to meet the needs of seniors. This system also involves case managers, computerized clinical record keeping, and an evaluation of common assessment tools.

PRISMA was implemented with success in this area, and a study has shown that an integrated system allows seniors to live independently for a longer time, decreases the number of trips to the emergency room, improves people's satisfaction and feeling of empowerment, and helps prevent additional costs while improving the efficiency of the system.

This system is currently being implemented in several other regions in Quebec, and I have had the pleasure of working with several regions in Ontario and British Columbia, and very soon I will be working with Nova Scotia, because several regions in that province are also interested in adopting this type of model for integrating services.

We must rethink funding. On page 48 of your report, you talked about registered chronic care savings plans, I am not sure that it is the right way to go. Rather, I think that funding services to help seniors remain independent should be paid out of the public health care system. I believe we must insist on maintaining a public health care system and provide an adequate level of services, rather than creating private funding instruments modeled on registered saving plans for this type of service.

We must also support caregivers, and you mention compassionate leave on page 49 of your report. I think the concept of compassionate leave should be broadened to also include long-term care provided by caregivers, because this is the type of care which they give to their elderly loved ones. We must therefore have compassionate leave over longer periods of time,

particulières, pour les soins palliatifs, par exemple. Il faut élargir la notion de soins à domicile incluse dans la Loi sur la santé du Canada pour couvrir les soins à long terme qui sont les principaux soins à domicile qui sont reçus par les personnes âgées et leurs proches.

Cela nécessite un investissement majeur et massif dans les soins de santé à domicile. Vous savez qu'au Canada environ 4 à 5 p. 100 des dépenses de santé sont consacrés aux soins à domicile, ce qui est tout à fait insuffisant. Il faut faire un effort majeur pour mieux investir. Il faut mieux développer les soins médicaux de première ligne, mais aussi les soins infirmiers de première ligne, avoir une première ligne forte et, parce que le domicile est un carrefour beaucoup plus complexe que l'hôpital, il faut intégrer les services.

Vous avez ici à Sherbrooke une région qui a développé des services intégrés pour personnes âgées. J'ai le plaisir d'avoir dirigé une équipe de recherche qui s'appelle PRISMA (Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie), un groupe de recherche qui a développé et implanté un modèle de soins intégrés qui comporte un guichet unique, des tables de concertation pour que tous les acteurs, qu'ils soient du domaine public, privé ou bénévole, puissent s'entendre sur le panier de services à mettre en place. C'est un système qui comprend des questionnaires de cas, un dossier clinique informatisé, une évaluation des outils d'évaluation communs.

PRISMA a été implanté avec succès dans la région et une étude a montré qu'un système intégré permet de diminuer la fréquence de perte d'autonomie, de diminuer les visites à l'urgence, d'améliorer la satisfaction et l'empowerment des personnes, et de ne pas ajouter de coûts supplémentaires, mais d'améliorer l'efficacité du système.

C'est un système qui est actuellement en implantation dans plusieurs autres régions du Québec et j'ai eu le plaisir de travailler avec plusieurs régions de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, et très bientôt de la Nouvelle-Écosse, qui sont intéressées également par ce type de modèle d'intégration des services.

Le financement est à repenser. Vous évoquez dans votre document, en page 48, un Régime enregistré d'épargne pour les soins chroniques. Je ne suis pas sûr que ce soit une voie dans laquelle on devrait s'engager. Je pense plutôt que le financement des services de maintien de l'autonomie doit demeurer un financement public qui est inclus dans le financement du système de santé. Je pense plutôt qu'il faut insister sur ce financement public et en assurer un niveau adéquat plutôt que de supporter ou favoriser des financements privés du type Régime enregistré d'épargne pour ce type de service.

Il faut également soutenir les proches aidants, et vous invoquez le congé de compassion à la page 49 de votre document. Je pense qu'il faut élargir cette notion de congé de compassion pour l'appliquer également aux actions à long terme des proches aidants parce que c'est surtout dans ce type d'intervention que les proches aidants sont engagés envers les aînés. Il faudrait donc

and part-time leave, as well, so that the people who care for their elderly loved ones are not financially disadvantaged when they do so.

On page 37, you talk about gerontologists. It is hard to find doctors and nurses to work in gerontology. I think we have to value the care of the elderly. This means paying good salaries to doctors who specialize in treating the elderly. Gerontologists do not make as much money as do cardiologists, neurosurgeons or radiologists. I think this discourages students from thinking of a career in gerontology. The same goes for nurses.

We must value the care provided by nurses to the elderly by improving their working conditions and their salaries, so that these health care professionals feel the work they are doing is important, and we must provide them with the appropriate training.

People who work in intensive care, in surgery or hemodialysis receive very specialized training, but anyone can basically work in gerontology. In doing so, we deny the fact that certain skills and a certain outlook are absolutely essential and necessary when working with seniors. I believe we must insist on training in that regard.

The second element which came out of our consultations was to value seniors in our society, and to value the volunteer work they are engaged in, because they play a key role in this area. You mentioned the idea of a tax credit for volunteer work. I have certain reservations with regard to that idea.

First, tax credits are not the best way to reinforce social solidarity. Tax breaks were originally invented to help companies and they are not well-suited to strengthening social solidarity. Also, volunteering is, by definition, an activity which is done freely. However, any expenses relating to volunteering, such as the cost of gas for people who use their car, or the cost of meals if they need to eat out, should be tax deductible, as are certain expenses incurred in the course of one's job.

I think that if these types of measures are introduced to help people pay for their volunteer-related expenses, it would encourage volunteerism.

You also talked about progressive retirement. This is unavoidable. I believe we have to change the very idea we have of retirement. When I speak at a conference, I often say that, in 1872, Bismark decreed that people would retire at age 65 because at the time life expectancy was no higher than 57. When people received a pension at that time, it was in fact a survival benefit. If the same standard were applied today, retirement would only be at age 87.

prévoir des congés de compassion sur de longues périodes, congé de temps partiel, par exemple, pour permettre aux proches aidants de ne pas être désavantagés économiquement lorsqu'ils interviennent auprès de leurs proches.

Vous évoquez en page 37 le travail des professionnels de la santé en gériatrie. C'est un problème d'attirer des médecins et des infirmières dans le domaine de la gériatrie. Je pense qu'il faut faire des efforts pour valoriser le travail auprès des aînés. Valoriser veut dire assurer qu'il y ait un salaire compétitif pour les médecins. Les médecins qui pratiquent auprès des personnes âgées n'ont pas le même revenu qu'un cardiologue, qu'un neurochirurgien ou qu'un radiologiste. Je pense que c'est un phénomène qui n'incite peut-être pas les jeunes étudiants à s'intéresser à une carrière auprès des personnes âgées. C'est la même chose pour les infirmières.

Il faut être capable de valoriser celles-ci par des conditions de travail, des conditions salariales qui permettent à ces personnels professionnels de la santé de trouver là une valorisation adéquate, et surtout insister sur la formation nécessaire.

On insiste beaucoup pour que les gens qui travaillent en soins intensifs, au bloc opératoire ou encore dans les centres d'hémodialyse aient une formation spécifique, mais actuellement n'importe qui peut travailler en gériatrie sans formation. On nie, par ce fait, les habiletés et les attitudes qui sont absolument essentielles et nécessaires pour intervenir auprès des aînés. Je pense qu'il faut insister sur la formation.

Le deuxième élément de la consultation était le renforcement de la place des aînés dans notre société, notamment au niveau du bénévolat, où les aînés ont un rôle extrêmement important. Vous amenez l'idée d'avoir un crédit d'impôt pour l'action bénévole. J'ai certaines réserves par rapport à un crédit d'impôt.

Tout d'abord, les crédits d'impôt ne sont pas le meilleur moyen pour soutenir la solidarité sociale. Ce sont des interventions fiscales qui ont été conçues pour les entreprises à l'origine et qui sont mal adaptées pour le soutien de la solidarité sociale. Ensuite, je pense que l'action bénévole, par définition, est bénévole. Ce qu'il faut, par contre, est que les dépenses associées au bénévolat, quand on pense que les gens utilisent leur voiture, par exemple, qu'ils sont obligés d'avoir des repas à l'extérieur, que ces dépenses puissent être déductibles d'impôt comme les dépenses d'un travail rémunéré.

Je pense que dans cette voie-là, si on est capable de dédommager les gens pour les dépenses encourues, on pourra favoriser le bénévolat.

Vous parlez de retraite progressive. C'est un incontournable. Je pense qu'il faut modifier la conception même de la retraite. Je dis souvent dans mes conférences que c'est Bismark, en 1872, qui a conçu la retraite à 65 ans parce que l'espérance de vie à cette époque était de 57 ans. Alors, la retraite était une prime de survie, en fait. Si on appliquait le même standard, il faudrait mettre la retraite à 87 ans maintenant.

So it is easy to see that the whole concept of retirement has to be rethought. We have to allow people to retire progressively. In Finland, for instance, it is advantageous for people to work past 60, because they receive additional holidays and benefits, and they are not penalized in terms of their pension and retirement benefits. We should apply that system here.

At the municipal level, you will hear about Age-Friendly Cities this afternoon. You mention this in your document. Marie Beaulieu, who has been very involved with the Sherbrooke experience, will share with you some of these extremely important aspects.

As far as financial security is concerned, only the federal government can automatically pay out the Guaranteed Income Supplement. As you know, there are 130,000 Canadians who are entitled to the Guaranteed Income Supplement, but who do not receive it, because they have not filled out their application, which is sometimes difficult for seniors to do. I believe that if the Guaranteed Income Supplement was paid out automatically, as is the GST rebate, it would greatly benefit seniors.

The Guaranteed Income Supplement provides an annual income of \$13,400, which is insufficient, and which lies beneath the poverty threshold. I would invite you to recommend that the guaranteed supplement be increased.

Lastly, the third major theme which came out of our consultations was prevention, first with regard to stereotypes and the image we have of the elderly. You address this issue in your report, but I would like to point out that on page 2, you feed into those stereotypes; and I will quote the report.

At the end of the first paragraph, under the definition of seniors, you say: "At the same time, old age is being defined by loss of independence or by ill health."

I am sorry, but old age is not defined by a loss of independence. The loss of independence only applies to a small minority of seniors, and I would invite you to correct that statement in your report. On page 56, you also talk about the impact of the aging population, and the impression we get is that aging is happening at a catastrophic rate. Over one and a half pages, along with supporting data, the report says that the aging population will lead to a significant increase in health costs and will represent a burden to the economy.

It is true that three sentences follow that statement which paint another picture, because there is an alternative scenario which is also well supported. I would invite you to strike a balance between these two scenarios.

Some people believe that aging will have a catastrophic effect on society, but there are also very competent researchers who have shown that, to the contrary, the aging population does not represent a threat to our health care system. We cannot accuse Mr. Castonguay of seeing things through rose-coloured glasses,

Vous voyez tout de suite que la retraite mérite d'être repensée. Il faut permettre des retraites progressives. Il faut permettre que des gens, comme en Finlande, par exemple, puissent avoir des avantages à rester à l'emploi lorsqu'ils dépassent 60 ans, par des congés supplémentaires, des primes, et surtout ne pas pénaliser leur pension et leur régime de retraite.

Au municipal, vous entendrez parler de Villes amies des aînés cet après-midi. Vous le mentionnez dans votre document. Marie Beaulieu, qui a été très impliquée dans l'expérience de Sherbrooke, pourra partager avec vous ces aspects extrêmement importants.

Pour la sécurité financière, il y a une chose qui dépend du fédéral, c'est de rendre le Supplément de revenu garanti automatique. Comme vous savez, il y a 130 000 Canadiens et Canadiennes qui devraient recevoir le Supplément de revenu garanti et qui ne le reçoivent pas parce qu'il faut compléter des formulaires, il faut faire des démarches qui sont parfois difficiles pour des aînés. Je pense que si on rendait le Supplément de revenu garanti automatique, comme le remboursement de TPS, on permettrait à des gens d'au moins bénéficier de ce supplément de revenu.

Il faut bien réaliser que même le Supplément de revenu garanti donne un revenu annuel de 13 400 \$, ce qui est insuffisant, ce qui est en dessous du seuil de la pauvreté. Je vous invite à recommander une bonification à ce Supplément garanti.

Finalement, le troisième grand thème de la consultation était la prévention, d'abord au niveau des stéréotypes et de l'image des personnes âgées. Vous l'abordez dans votre document, mais je vous ferai remarquer qu'à la page 2 de votre document, vous alimentez les stéréotypes, et je vous cite.

En fin du premier paragraphe, au niveau de la définition des aînés, vous mentionnez : « Parallèlement, la vieillesse se définit par la perte d'autonomie ou un mauvais état de santé. »

Je regrette, mais la vieillesse ne se définit pas par la perte d'autonomie. La perte d'autonomie est le lot d'une portion minoritaire des aînés, et je vous invite à corriger cette phrase dans votre document. En page 56 aussi où vous parlez des impacts du vieillissement de la population, l'impression qui se dégage est qu'on souscrit à la thèse du vieillissement catastrophique. Il y a une page et demie qui montre, avec données à l'appui, comment le vieillissement de la population va entraîner une augmentation importante des coûts de santé et va entraîner un fardeau sur le plan économique.

Il est vrai que vous avez trois phrases après qui donnent l'autre version, parce qu'il y a une autre version bien documentée. Je vous invite à équilibrer ces deux approches.

Il y a les partisans de l'approche catastrophique, mais il y a aussi des chercheurs extrêmement compétents qui ont montré que, non, le vieillissement de la population n'était pas une menace pour le système de santé. On ne pourra pas reprocher à M. Castonguay d'être un partisan d'une approche angélique, mais même le

but even the Castonguay report has said that the aging of the population is not responsible for the annual increase of 1.3 per cent of health care expenditures.

I believe that your report must strike a balance between the two approaches and focus less on the catastrophic approach which, in my opinion, feeds into some of the most persistent stereotypes in our society.

You rightly talk about tax incentives for physical activity, and on page 17, you rightly state that tax incentives discriminate on the basis of age. Parents can deduct costs for their children's physical activities, but seniors cannot do so for themselves. I think that must change.

We have also highlighted the prevention of abuse and negligence. I would invite you to do the same. This includes suicide prevention and the prevention of addiction; addiction to medication and alcohol, which are well known, but also addiction to gambling, which is a growing problem. Casinos organize field trips for seniors, and I believe this is encouraging addiction to gambling.

I will conclude by saying that I am convinced that Canada and Quebec are ready to develop new policies on seniors and on aging, which will give us a new vision for the kind of society we want to live in.

On page 5, you list some values, and I would invite you to add another value which to my mind is fundamental, and that is the value of solidarity, which is extremely important for seniors and also for the way we look after our seniors. If we had a policy on aging, this would lead to a plan of action which would transcend federal, provincial and municipal governments, which would transcend the various departments and sectors of our society, and which would lead us to treat seniors the way they deserve to be treated in our society, thus allowing society to benefit from the wisdom, experience and knowledge of the elderly.

[English]

The Chair: I want to point out that we recently passed legislation that, while not perfect, will go a long way to meeting one of your objectives: People who now file income tax and qualify for Guaranteed Income Supplement, GIS, will get it automatically. They will not be required to fill out a separate form. That is new legislation that will be in effect very shortly. That is a good step forward.

Clearly, the whole issue of GIS is still with us, but I wanted to make that reference. I do not always agree with this government, as you can imagine, but on that aspect, I am in full agreement with the decision that they made.

[Translation]

Dr. Hélène Payette, Professor, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Sherbrooke, as an individual: Madam Chair, I would like to thank the committee for welcoming me this

rapport Castonguay montre que le vieillissement de la population n'est responsable que de 1,3 p. 100 d'augmentation annuelle des dépenses de santé.

Je pense qu'il faut balancer, dans votre document, ces deux approches pour sortir de cette approche catastrophique qui est, à mon avis, un des stéréotypes les plus persistants dans notre société.

Vous parlez, avec raison, d'incitatifs fiscaux pour activités physiques et vous soulignez en page 17, de façon très juste, des discriminations sur l'âge qui sont présentes. On peut déduire de nos impôts des frais pour activités physiques des enfants, mais on ne peut pas le faire pour les aînés. Il faut, je pense, souscrire à cela.

Nous avons souligné la prévention des abus et négligence. Je vous invite à faire de même. Et également la prévention du suicide et des dépendances; dépendances aux médicaments et à l'alcool qui sont bien connues, mais aussi au jeu pathologique qui commence à être un problème. Quand je vois des casinos organiser des autobus d'aînés pour y venir jouer, je trouve qu'on a là une incitation à encourager la dépendance au jeu pathologique.

Je termine en vous disant que le Canada et le Québec, moi, j'en suis convaincu, sont prêts à élaborer une politique sur les aînés, une politique sur le vieillissement, qui nous permettrait d'avoir une vision de la société que l'on souhaite.

Je vous invite à ajouter dans les valeurs que vous évoquez en page 5 une autre valeur qui m'apparaît fondamentale, qui est la solidarité, qui est une valeur extrêmement importante pour les aînés et également pour l'intervention auprès des aînés. Une politique nous permettrait d'avoir un plan d'action qui transcende les gouvernements fédéral, provinciaux, municipaux, qui transcende les différents ministères et les différents secteurs de notre société, et qui nous permet de donner aux aînés la place qui leur revient dans la société, et qui permet à la société de mieux profiter de la sagesse des aînés, de leur expérience et de leur expertise.

[Traduction]

La présidente : J'aimerais vous signaler que nous avons récemment adopté une loi qui, sans être parfaite, contribuera grandement à la réalisation d'un de vos objectifs : Dorénavant, les personnes qui font une déclaration de revenus et qui ont droit au Supplément de revenu garanti, ou SRG, le recevront automatiquement. Elles n'auront plus besoin de remplir d'autres formulaires. C'est une nouvelle loi qui entrera en vigueur très bientôt et qui marque un véritable progrès.

Certes, la question du SRG nous concerne toujours, mais je tenais à signaler cette avancée. Comme vous vous en doutez, je ne suis pas toujours d'accord avec le gouvernement actuel, mais je souscris entièrement à sa décision concernant le SRG.

[Français]

Dre Hélène Payette, professeure, Département de sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, à titre personnel : Madame la présidente, je remercie le comité de me recevoir ce matin. Je pense

morning. I think that Dr. Hébert has set the table very well for me to talk to you now about something that has been at the heart of my work for a number of years, which is nutrition and the food intake of older people.

I noted that there was only an extremely brief section on nutrition in the report, and yet we now know from research findings that are still quite recent, that people's dietary intake affects all aspects of aging and can have a major impact on the quality of that aging.

We all know how infancy and old age are the two most vulnerable stages of life, where the integrity of cognitive functions, the effectiveness of the immune system and muscle and bone health, among other things, are closely linked to living conditions, the quantity and quality of dietary intake and behavioural habits, such as exercise, which you address at length in your report.

We know how much care is taken in feeding our infants and children to ensure their life-long health. However, the importance of nutrition for seniors was largely neglected up until a few years ago, namely by a lack of research in the area.

We now know the key role nutrition plays in promoting quality of life; preventing frailty, disabilities and worsening chronic diseases; and, overall, delaying the aging process. What distinguishes the healthy centenarians we so admire is the quality of their nutrition and their level of activity and social participation.

Yet, despite certain actions, nutrition for seniors is still being overlooked in health measures and policies.

Recent research shows that, in Canada, there are still seniors at home suffering from protein-energy malnutrition, a syndrome observed in underdeveloped countries, and seniors losing up to 10 per cent of their weight after being hospitalized. This under-nutrition leads to a vicious circle of fatigue, recurrent infection, frailty and disability, which continues to worsen the nutritional deficit, one that is hard to reverse and that requires a long and sustained treatment.

Recent research shows that it takes twice the amount of calories to reverse under-nutrition in seniors compared to young people. Therefore, like in so many other areas, an ounce of prevention is worth a pound of cure.

I would like to make a few recommendations to the committee that could help our governments save significantly on care and services for people whose health and independence are compromised because they did not have daily access to a healthy and adequate diet to meet their needs.

que le Dr Hébert a très bien mis la table pour que je vous parle maintenant d'un sujet qui me tient à cœur depuis plusieurs années, la nutrition, l'alimentation des personnes âgées.

J'ai remarqué que dans le rapport cet aspect était abordé de façon extrêmement succincte, alors que ce qu'on sait maintenant des résultats de la recherche qui est encore très jeune, l'alimentation des personnes touche toutes les sphères du vieillissement et peut avoir un impact majeur sur la qualité de ce vieillissement.

On sait que l'enfance et la vieillesse sont les deux phases de la vie les plus vulnérables pour l'intégrité des fonctions cognitives, pour l'efficacité du système immunitaire, pour la santé musculaire et osseuse, entre autres, et sont étroitement liées aux conditions de vie, à la quantité et à la qualité des apports alimentaires et aux habitudes comportementales comme l'exercice, par exemple, que vous abordez très bien dans votre rapport.

Nous savons tous le soin que nous portons à l'alimentation de nos nourrissons et de nos enfants pour leur assurer un capital santé. Par contre, l'importance de l'alimentation de nos aînés a été largement négligée jusqu'à ces dernières années, entre autres par manque de recherche dans ce domaine.

On connaît maintenant le rôle clé que joue l'alimentation dans la promotion de la qualité de vie, dans la prévention de la fragilité, des incapacités, dans l'aggravation des maladies chroniques et, globalement, le retardement du processus de vieillissement. Ce qui caractérise les centenaires en bonne santé que nous admirons tous est d'abord la qualité de leur nutrition, leur niveau d'activité et leur participation sociale.

Pourtant, malgré certaines actions, l'alimentation des personnes âgées demeure encore le parent pauvre des interventions et des politiques en matière de santé.

Les travaux de recherche récents nous montrent qu'il existe encore au Canada des personnes âgées à domicile qui souffrent de malnutrition protéinée énergétique, un syndrome que l'on observe en pays sous-développés, qu'il existe encore des personnes âgées qui perdent plus de 10 p. 100 de leur poids suite à une hospitalisation. Ces dénutritions ne sont pas sans conséquence. Elles entraînent la personne dans un cercle vicieux de fatigue, d'infections récurrentes, de fragilité et d'incapacité qui continuent à aggraver le déficit nutritionnel, un déficit qui est très difficile à inverser et qui exige un traitement long et soutenu.

Des recherches récentes ont montré qu'il faut deux fois plus de calories pour réalimenter une personne âgée après une dénutrition comparativement à une personne plus jeune. Alors, comme dans bien d'autres domaines, il vaut mieux prévenir que guérir.

Je souhaiterais donc faire quelques recommandations au comité qui permettraient à nos gouvernements d'épargner des montants considérables en soins et services aux personnes dont la santé et l'autonomie sont compromises faute d'avoir eu accès, tous les jours, à une alimentation saine et suffisante pour combler leurs besoins.

In the report, the committee briefly summarizes the role of nutrition in promoting good health and the prevention of chronic conditions often found among seniors. I would like to begin by commenting on the only two options regarding nutrition.

First, option 35 is intended to introduce public information campaigns targeted at seniors and the general population to increase understanding of the negative impact of bad eating habits.

I find this recommendation somewhat negative and I think that much more positive recommendations can be made with regard to diet. Seniors are very receptive to public health messages and I think that things could be said in a more positive way rather than just telling people to avoid a poor diet.

I would also like to draw the committee's attention to these information campaigns.

Major changes can be observed during the aging process, and these changes oblige us to completely revisit our promotion and prevention approaches with regard to diet. Research on nutrition and aging is, ironically enough, still in the early stages. However, we already know that promotion and prevention strategies in the area of diet must be adapted to the specific features of this population, or else we will harm more than we will help.

For example, changes in the proportion and distribution of fat and muscle call for an adjustment in the criteria governing healthy weight that is applied to a younger adult population.

A recommendation stating that a healthy weight must be achieved at all costs and that excess weight should be avoided at all costs, characterized by criteria used for young adult populations, could harm many seniors by causing them to lose weight, which would affect their nutritional health.

Similarly, according to current knowledge, protein requirements for seniors are apparently even higher than those for young adults. So if the total consumption of food in a single day is reduced too much, the protein allowance will suffer as well. This lack of protein can be disastrous from many aspects given the importance of protein to our diet.

The aging process is a vulnerable stage of life during which the existence of chronic conditions may give rise to numerous dietary restrictions. It is thus important to conscientiously weigh the recommendations in our messages to ensure a positive balance between the advantages and the harmful effects. Here is an example. Studies have shown that fear of cholesterol unfortunately causes many seniors to completely exclude eggs from their diet, which is sometimes their only source of protein.

Dans le rapport, le comité évoque succinctement le rôle de l'alimentation dans la promotion d'une bonne santé et de la prévention des conditions chroniques que l'on retrouve fréquemment chez les personnes âgées. J'aimerais commenter les deux seules recommandations de ce rapport qui concernent l'alimentation.

D'abord, la recommandation 35 propose de lancer des campagnes d'information destinées aux aînés et à la population en général, visant une meilleure compréhension des conséquences négatives d'une mauvaise alimentation.

Je trouve cette recommandation un peu négative et je pense qu'on peut faire des recommandations beaucoup plus positives en regard de l'alimentation. Les personnes âgées sont très réceptives aux messages de santé publique et il faut, je pense, l'aborder de façon beaucoup plus positive que de dire d'éviter la mauvaise alimentation.

Je voudrais aussi attirer l'attention du comité relativement, justement, à ces campagnes d'information.

Des changements importants sont observés au cours du vieillissement, et ces changements nous obligent à revoir complètement nos approches de promotion et de prévention relatives à l'alimentation. La recherche sur la nutrition et le vieillissement est encore paradoxalement très jeune. Toutefois, on sait déjà que les stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de l'alimentation doivent s'ajuster aux particularités de cette population, à défaut de quoi on pourrait plus nuire qu'aider.

Par exemple, des changements dans la proportion et la distribution du gras et du muscle impliquent la correction des critères de poids santé que l'on applique à la population adulte plus jeune.

Une recommandation d'atteindre à tout prix le poids santé et d'éviter à tout prix l'embonpoint, caractérisées par des critères extrapolés de populations de jeunes adultes pourrait nuire à plusieurs personnes âgées en leur faisant perdre du poids et, ainsi détériorer leur santé nutritionnelle inutilement.

De même, selon les connaissances actuelles, les besoins protéiques des aînés seraient même supérieurs à ceux des jeunes adultes. Alors si on diminue trop la consommation totale d'aliments dans une journée, on attaque nécessairement la suffisance de l'apport en protéines du régime alimentaire. Cette insuffisance peut être catastrophique à plusieurs points de vue étant donné l'importance des protéines dans l'alimentation.

Le vieillissement est une étape vulnérable de la vie et où la présence de conditions chroniques pourrait donner lieu à plusieurs restrictions alimentaires. Il importe donc de peser consciencieusement dans nos messages les recommandations afin d'assurer un équilibre positif entre les bienfaits et les effets nuisibles. Je vous donne un exemple. Des études ont montré que la peur du cholestérol conduit malheureusement plusieurs aînés à exclure complètement les œufs de leur diète, qui étaient pourtant leur seule source de protéines.

Other restrictions, such as a diet without salt, can cause people to considerably reduce their daily food allowances and thus worsen their chronic condition rather than improve it.

This means that public health messages cannot simply be based on knowledge acquired from young populations. They must be based on the most recent knowledge issuing from research.

Last, information campaigns must also target the adults who assist these seniors so that they have a better understanding of the needs and characteristics of diet and so that they can avoid a certain form of ageism that negatively impacts on the nutritional health of seniors. For example, the idea that the less an elderly person eats, and the thinner they are, the better.

We have examples of extreme thinness and nutritional deficiencies that greatly undermine the autonomy of these people.

As concerns option 36, I completely agree that a strategy to improve the oral health of seniors will certainly result in an improved diet and a better quality of life for these people. However, this is not the only factor that influences diet and nutritional health among seniors.

I would thus like to suggest a few additional options.

The committee's report very accurately points out the vulnerable financial situation of many seniors who live in their homes within the community. It should be recalled that the first budget item that suffers when people lack resources is food.

People need to first cover the costs of their housing, their medicine and their health care. There is often very little money left over to buy a sufficient quantity of healthy food. Today, unfortunately, many seniors use food banks in order to obtain the minimum amount of food necessary. You will agree with me that this is an unacceptable situation in a country of abundant resources such as ours.

We have to guarantee a decent level of income for all seniors so that they have enough to eat.

Furthermore, for seniors to be able to live at home, given that this is probably what the majority of people want, they must have access to enough adequate food, and this could entail the provision of supply, delivery and meal preparation services.

A national home care program, as proposed by the committee, would also have to include a nutritional screening program that could quickly identify those individuals at risk of becoming irreversibly undernourished without timely action.

Early intervention could prevent under-nutrition by focusing on individual risk factors such as oral health, as described in the report, and other individual or environmental factors.

Plusieurs interventions, comme un régime sans sel trop restrictif, peuvent amener une personne à diminuer considérablement ses apports alimentaires quotidiens et nuire à sa condition chronique plutôt que de l'aider.

Les messages de santé publique ne peuvent donc pas être simplement extrapolés des connaissances acquises auprès de populations plus jeunes. Ils doivent reposer sur les connaissances les plus récentes émanant de la recherche.

Finalement, les campagnes d'information devraient également cibler les adultes qui entourent les aînés pour qu'elles aient une meilleure compréhension des besoins et des particularités relatives à l'alimentation et qu'elles puissent éviter une certaine forme d'âgisme qui influence négativement la santé nutritionnelle des aînés. Comme, par exemple, l'idée qu'une personne âgée, moins elle mange mieux c'est, et plus elle est menue, mieux c'est.

Nous avons des exemples de maigreur extrême et d'insuffisance alimentaire qui nuisent énormément à l'autonomie des personnes.

En ce qui a trait à l'option 36, je suis tout à fait d'accord qu'une stratégie pour améliorer la santé buccale des personnes entraînera certainement une meilleure alimentation et une meilleure qualité de vie des aînés concernés. Toutefois, c'est loin d'être le seul facteur qui influence l'alimentation et la santé nutritionnelle des aînés.

Je voudrais donc apporter quelques options en complément.

Le rapport du comité soulève de façon très juste la précarité de la situation financière de plusieurs personnes âgées qui vivent chez elles dans la communauté. Il faut se rappeler que le premier poste budgétaire à souffrir quand les ressources sont rares est celui de l'alimentation.

Les personnes doivent d'abord assurer les coûts de leur logement, leur médication, leurs soins de santé. Il reste souvent très peu d'argent pour se procurer des aliments sains en quantité suffisante. De nombreuses personnes âgées malheureusement fréquentent maintenant les comptoirs alimentaires pour réussir à se procurer le minimum vital. Vous conviendrez avec moi que cette situation est inacceptable dans un pays d'abondance comme le nôtre.

Il faut assurer des revenus décents à toutes les personnes âgées pour qu'elles puissent se nourrir convenablement.

De plus, pour que les aînés puissent vivre à domicile, puisque c'est probablement le choix de la majorité des personnes, ils doivent avoir accès à une alimentation suffisante et adéquate, ce qui pourrait impliquer l'offre de services pour l'approvisionnement, la livraison et la préparation de repas.

Dans le cadre d'un programme national de soins à domicile, comme proposé par le comité, il faudra également intégrer un programme de dépistage des risques nutritionnels qui permettra d'identifier rapidement les personnes qui risquent de glisser rapidement vers un état de dénutrition difficilement réversible si on n'agit pas à temps.

Une intervention précoce pourra donc prévenir cette dénutrition en agissant sur des facteurs de risque individuels comme, par exemple, la santé buccale, qui est évoquée dans

Often these individuals simply no longer have the ability to prepare their meals and they have no one to help them with meal preparation.

However, screening is useless if further measures are not taken and monitored on a regular basis in order to ensure follow-up and treatment for nutritional problems by specialists. Over the past few years, several guides, grids and tools have been developed and validated by Canadian researchers for the purposes of screening for nutritional risks. Unfortunately, these tools have not yet been integrated on the ground. One of the main reasons for this delay is the lack of nutrition professionals in community practices.

As in the case of doctors and nurses, more dieticians have to be trained and more positions for dieticians have to be opened up in communities in order to ensure the nutritional follow-up of individuals.

Finally, providing food is also a social act. Community organizations such as meals on wheels and community cafeterias meet several seniors' needs besides providing a supply of essential quality food, and they deserve to be supported.

I would like to briefly speak about those individuals who live in seniors' homes that are the living environment for several Canadian seniors. There are significant deficiencies in the quality and quantity of meals served in some of these homes.

The quality of food services provided in these homes should be a condition for their certification. In fact, as in the case of individuals, the part of the budget that is most often eroded in order to free up funds is often food. We have a public responsibility to ensure the well-being and health of our seniors, even in private living environments.

I would like to remind you that in these institutions, seniors constitute a captive and vulnerable clientele given how rare available spots are. Professional resources must also be allocated to this sector in order to ensure that the meals prepared in these homes meet food safety standards and meet the energy and nutritional requirements of the people living there.

I would like to conclude with a word on residential and long-term care centres, where I think people have forgotten that our sense of taste and smell are what guide our eating habits.

Recent studies have shown how the senses significantly affect our appetite and food intake. Long-term care centres are home to the people who reside there. We are not talking about a temporary stay at the hospital. However, the way food services are organized in those residences is modeled after the hospital environment, and meals are often prepared off-site.

Just imagine receiving a meal tray that has travelled a fair bit before being placed in front of you, with food that is lukewarm and has almost no aroma. That does not have a very stimulating effect on one's appetite.

le rapport, ou bien d'autres facteurs, individuels ou environnementaux. Souvent, la personne n'a tout simplement plus la capacité de préparer ses repas et n'a pas d'aide pour effectuer cette préparation.

Toutefois, le dépistage est inutile si des mesures subséquentes pour assurer le suivi et le traitement des problèmes nutritionnels par des spécialistes ne sont pas mises en place et surveillées sur une base régulière. Au cours des dernières années, plusieurs guides, grilles et outils ont été développés et validés par des chercheurs canadiens pour dépister les risques nutritionnels. Ils ne sont malheureusement pas encore intégrés dans la pratique. Une des raisons principales de ce retard est la rareté des professionnels en nutrition dans les milieux de pratique communautaires.

Comme pour les médecins et les infirmières, il faut former plus de diététistes et ouvrir des postes de diététistes dans les milieux communautaires pour permettre le suivi des personnes en matière de nutrition.

Finalement, l'alimentation est aussi un geste social. Les organismes communautaires, comme les popotes roulantes et les cafétérias communautaires qui répondent à plusieurs besoins des personnes âgées en plus de leur assurer une alimentation de qualité sont essentiels et méritent d'être soutenus.

Je voudrais aborder succinctement les personnes qui vivent dans les résidences pour personnes âgées et qui représentent un milieu de vie pour de nombreux aînés canadiens. On a observé des lacunes importantes en ce qui a trait à la qualité et à la quantité des repas servis dans certaines de ces résidences.

La qualité du service alimentaire offert dans ces résidences devrait devenir une condition essentielle à leur accréditation. En effet, comme pour les individus, le poste budgétaire sur lequel on rogne le plus pour dégager des profits est souvent l'alimentation. Il est de la responsabilité publique d'assurer le bien-être et la santé de nos aînés, même dans un milieu de vie privé.

Il faut se rappeler que dans ces institutions, les personnes âgées sont une clientèle captive et vulnérable étant donné la rareté des places disponibles dans le réseau. Dans ce secteur également, l'allocation de ressources professionnelles s'avère nécessaire pour assurer que les repas préparés dans ces résidences répondent aux normes de salubrité et qu'ils satisfassent les besoins énergétiques et nutritionnels des personnes qui y demeurent.

Je vais terminer avec un mot sur les centres d'hébergement et de soins de longue durée, où je crois on a oublié que le goût et l'odorat étaient les piliers de nos conduites alimentaires.

Des études ont montré l'importance capitale des sens dans l'appétit et la consommation alimentaire. Les CHSLD sont les milieux de vie des personnes qui y séjournent. Il ne s'agit plus d'un passage temporaire à l'hôpital. Toutefois, l'organisation du service alimentaire dans ces milieux est calquée sur le milieu hospitalier et souvent les repas sont préparés à l'extérieur de l'établissement.

Imaginez simplement la réception d'un plateau-repas qui a déjà pas mal voyagé avant d'arriver sur votre tablette, où tous les aliments sont tièdes et ne sentent à peu près plus rien. Ceci n'a pas un effet très stimulant sur l'appétit.

Research has been conducted in a number of long-term health care facilities in Canada and Europe where small health care units were outfitted with their own kitchens and dining rooms. All of those studies have shown an improvement in residents' nutritional status, vitality and sociability. Food services develop not only people's nutritional health, but also their social well-being.

New facilities, such as those that have recently been built in Sherbrooke, have opted for this new kind of food service organization, particularly for people with dementia. This type of organizational concept should be adopted as the standard for all new buildings, refurbishments or expansions of existing long-term health care centres.

Allowing people who live in long-term care centres to have their meals in a stimulating and friendly setting satisfies an essential need, that is, to feed oneself with healthy foods.

[English]

The Chair: Thank you, Dr. Payette. It is very interesting that on Monday we were in Halifax at the Camp Hill Veteran's Memorial Hospital, where they prepare the food on site in two different kitchens on the same floor. You could smell the bacon all through. We all got hungry, so we relate very well to your presentation.

[Translation]

Dr. Stephen Cunnane, Director, Centre for Aging Research, as an individual: Madam Chair and members of the committee, good morning. I would like to avail myself of this bilingual setting to continue in my mother tongue, which is English, in order to communicate my message more accurately.

[English]

Thank you very much for this opportunity to present and for the efforts that you are going to across the country to understand the milieu of the aging population and what some of the priorities should be. I hope we can make a useful contribution to that process.

I am the director of the Research Centre on Aging, a position I have occupied for just a year. Dr. Hébert was the founder and director of the research centre until 2001, and Dr. Payette followed him. It is through them that this research centre has developed and has become known for the national and international plan, and I certainly hope to continue the work that they have started.

I have a document to leave with you; I have two copies of the annual report from last year. We are 37 researchers, and in a city such as Sherbrooke with 125,000 people, it is quite an accomplishment to get those people together in a single milieu. We are from five faculties, which comes back to the term "multidisciplinary" that Dr. Hébert used. We are trying, in a way, to do the A to Z of aging research. Twelve departments are

Des expérimentations de petites unités de soins possédant leur propre cuisine et leur salle à manger ont été menées dans plusieurs CHSLD au Canada et en Europe. Toutes ont montré l'amélioration de l'état nutritionnel des résidents, de leur vitalité et de leur sociabilité. Donc, ces services alimentaires développent non seulement la santé nutritionnelle des personnes, mais aussi tous les aspects sociaux.

De nouvelles constructions, comme récemment à Sherbrooke, ont misé sur ce type d'organisation du service alimentaire, notamment pour les personnes atteintes de démence. Il faudrait s'assurer que ce type d'aménagement devienne la norme de toute nouvelle construction, modification ou agrandissement d'un centre d'hébergement de longue durée.

Donner la chance aux personnes vivant dans un centre d'hébergement de profiter d'un environnement stimulant et convivial pour les repas répond à un besoin essentiel, celui de s'alimenter et du plaisir de s'alimenter sainement.

[Traduction]

La présidente : Merci, docteur Payette. Je dois vous dire que lundi, nous étions à Halifax. Nous nous trouvions dans un centre médical pour anciens combattants, le Camp Hill Veteran's Memorial Hospital, où les repas sont préparés dans deux cuisines différentes situées sur le même étage. Ça sentait le bacon partout, si bien que nous avons tous eu faim. Nous pouvons donc très bien comprendre ce que vous venez de dire.

[Français]

Dr Stephen Cunnane, directeur, Centre de recherche sur le vieillissement, à titre personnel : Madame la présidente et membres du comité, bonjour. Je voudrais profiter de ce milieu bilingue pour poursuivre dans ma langue maternelle, qui est l'anglais, afin d'être plus précis et mieux communiquer mon message.

[Traduction]

Merci de m'accueillir et merci aussi du travail que vous faites en sillonnant le Canada afin de mieux comprendre les conditions de vie de la population vieillissante et définir les bonnes priorités. J'espère pouvoir contribuer de façon utile à cette démarche.

Je suis directeur du Centre de recherche sur le vieillissement, poste que j'occupe depuis à peine un an. Le Dr Hébert est le fondateur du centre, dont il a été le directeur de recherche jusqu'en 2001, avant que Mme Payette ne lui succède. C'est grâce à eux que ce centre de recherche a pu se développer et se tailler une réputation nationale et internationale et j'espère poursuivre la tâche qu'ils ont entreprise.

J'ai apporté à votre intention deux exemplaires de notre rapport annuel de l'année dernière. Nous comptons 37 chercheurs, et dans une ville de 125 000 habitants comme Sherbrooke, c'est un exploit que de les rassembler tous dans un même milieu. Ces chercheurs sont diplômés de cinq facultés différentes, ce qui explique le terme « multidisciplinaire » employé par le Dr Hébert. En gros, nos chercheurs s'efforcent d'étudier

involved with our researchers, and we are on three different sites physically, which imposes a certain logistical challenge at times even in a small city.

We are doing what I would call the engineering to the ethics of research on aging, and we have specialists who are capable of mounting research projects or developing collaborations on topics as diverse as the engineering aspects and some of the computerized assisted devices and so on to help the elderly, certainly those requiring rehabilitation, and the ethical issues that we have to deal with today.

It is not based strictly on medical aspects or services or on fundamental research at the cellular level. We are trying to move forward on all those levels.

We are a centre of excellence at the University of Sherbrooke, which means we have a certain recognition in the university milieu and certain benefits and obligations. However, I think we stand out in research done by the university. One of the priorities of the University of Sherbrooke is to support the research centre and research on aging in general.

We are a research centre of the Fonds de recherche en santé du Québec. Quebec has 19 of those centres, and that is also recognition at the provincial level that the area that we work in, aging research, is something that absolutely requires the attention and focus that can be provided by a research centre and the infrastructure funding from the province and the federal funding that we get, and various sorts of funding for the research projects themselves.

In a way, we are a model for the approach that is required to understand what healthy aging is about. It is a message that Dr. Payette was trying to leave with you. We have to focus on healthy aging. It is a message that Dr. Hébert was trying to leave as well. People want to age at home, and ideally they need to stay healthy in order to stay at home and to stay out of hospitals. Healthy aging is what the future of aging is about. We are working on those levels, the services required. It takes research. It is a young field.

Aging research, in fact, is a new field. We are celebrating our twentieth anniversary this year as a research centre, which started as a small group with three or four researchers led by Dr. Hébert in 1988. If you compare it to the work on cholesterol, for instance, that has been going on since the early 1950s, I would argue that we still do not know how to interpret elevated cholesterol, how to treat it or whether to treat it. Perhaps in young adults, we need to treat high LDL cholesterol and so on, but what about in the aging population? Is it important to treat cholesterol at 75 years of age or not? Most people at 75 years of age are on a statin. Can we really justify that these days or not? Therefore, it is a young field, and this is why research is quite important.

absolument tous les aspects du vieillissement. Ils travaillent en collaboration avec douze départements et dans trois immeubles différents, ce qui peut causer certaines difficultés de logistique, même dans une petite ville.

Nous sommes en quelque sorte en train de définir l'éthique de la recherche sur le vieillissement. Nos spécialistes sont capables de monter des projets de recherche ou d'établir des collaborations sur des sujets aussi divers que l'ingénierie et des dispositifs informatiques pour aider les personnes âgées, particulièrement celles qui ont besoin de services de réadaptation, tout en élaborant les balises éthiques dont nous avons besoin aujourd'hui.

Notre travail ne porte pas strictement sur des aspects ou des services médicaux ni sur des recherches fondamentales au niveau cellulaire. Nous essayons d'avancer en même temps sur tous ces fronts.

Nous sommes un centre d'excellence de l'Université de Sherbrooke, ce qui nous vaut une certaine reconnaissance dans les milieux universitaires ainsi que certains avantages et certaines obligations. Cependant, je pense que nous nous démarquons parmi les recherches effectuées à l'université. L'appui au centre de recherche et la recherche sur le vieillissement en général sont une des priorités de l'Université de Sherbrooke.

Nous sommes l'un des 19 centres de recherche du Fonds de recherche en santé du Québec. Cela témoigne de la reconnaissance, à l'échelle provinciale, de l'importance de notre champ de travail, la recherche sur le vieillissement. On estime qu'il s'agit d'un domaine qui a absolument besoin de l'attention et des efforts ciblés que le centre de recherche peut offrir. Nous recevons des fonds provinciaux et fédéraux pour l'infrastructure, de même que diverses subventions pour les projets de recherche eux-mêmes.

Nous incarnons en quelque sorte une approche modèle pour la recherche sur le vieillissement en santé. C'est le message que Mme Payette voulait vous communiquer. Nous devons mettre l'accent sur le vieillissement en bonne santé. Le Dr Hébert a également voulu exprimer cette idée. Les gens veulent vieillir chez eux et pas entre les murs d'un hôpital, et pour le faire, ils doivent demeurer en bonne santé. Dans l'avenir, il faudra mettre l'accent sur les moyens à prendre pour vieillir en bonne santé. Nous travaillons dans cette optique et nous examinons les services nécessaires. Pour cela, il faut des recherches car le domaine est encore tout nouveau.

En fait, tout le domaine de la recherche sur le vieillissement est nouveau. Cette année, le centre de recherche fêtera son 12^e anniversaire. En 1988, ce n'était qu'un petit groupe de trois ou quatre chercheurs dirigé par le Dr Hébert. Prenons le cas, par exemple, des recherches sur le cholestérol qui ont commencé au début des années 50. Nous ne savons toujours pas comment interpréter les taux élevés de cholestérol, ni comment le traiter ou s'il y a lieu de le traiter. Il est peut-être vrai que chez le jeune adulte, il faut le traiter lorsqu'il y a des taux élevés de cholestérol LDL, mais qu'en est-il des sujets âgés? Faut-il absolument traiter le cholestérol à 75 ans? La plupart des personnes de cet âge prennent des statines. Aujourd'hui, est-ce justifié ou non? Comme on le voit, il s'agit d'un champ de recherche tout jeune, d'où son importance.

One of the main concerns or fears about getting old today, on a parallel perhaps with cancer, is Alzheimer's disease, cognitive decline, loss of memory. Everyone, particularly the baby boomers, fears that diagnosis; everyone fears it in a family member when one sees the classic example of, "Where are my keys?"

What do we do about Alzheimer's disease? The incidence is rising rapidly. It does not matter what statistics you look at, we see that the incidence has increased dramatically over the past 20 years. Where are we going with this issue? Do we have any effective treatments today? If you look at the literature on this, most physicians treating Alzheimer's disease will tell you that it is too late. Once we have been able to diagnose the condition, it is too late. We need to take care of the people who have Alzheimer's disease, but we need to think, as well, about preventing it.

Alzheimer's disease is not a genetic disease. Genes are involved at some level, but the reason it is changing is because our lifestyle has been changing over the past 50 years. That is a factor that we can do something about. We will not eliminate Alzheimer's disease, but we can affect it. The same things that affect your risk of cancer, diabetes, a heart attack or a stroke are the things that affect your risk of Alzheimer's disease. It is not in a different category. The recommendations are not different for people to treat Alzheimer's disease or to prevent it. It is about the risk of diabetes.

Diabetes is the main problem facing healthy aging on all levels, all disease aspects related to cancer, heart disease and brain function in the elderly. Type 2 diabetes, or adult-onset diabetes, involves insulin no longer being effective in the body. This is a problem that starts in the twenties, thirties or forties. We have to change the attitudes of people starting at school-age children.

The attitudes start in children, in adolescents, in high schools, in the types of food that are available, in the amount of activity, in the number of physical education instructors in schools, in the number of pathways for cycling in cities, and so on. Ottawa is a beautiful city for that sort of thing, with the cycling paths and skating on the canal — although that only lasts two or three weeks. However, the concept of what type of exercise you do is in your head. It is not a question of buying an exercise machine for \$2,000 and using it religiously for three weeks and then letting it gather dust. It is about walking to work, getting off the subway one stop before your building, and it is about doing this for life because it is about prevention.

We do not have all the answers, but we need to come in at different levels. We need to understand what is happening at the cellular level to develop new drugs. We have elderly people who

Une des principales craintes qu'inspire le vieillissement de nos jours, mis à part le cancer, c'est la maladie d'Alzheimer, le déclin cognitif et la perte de mémoire. Tout le monde, particulièrement la génération du baby-boom, redoute ce diagnostic; et dès qu'une personne demande où sont ses clés, les autres membres de la famille s'inquiètent.

Que faisons-nous dans le domaine de la maladie d'Alzheimer, dont l'incidence s'accroît rapidement. Les statistiques de toutes sources montrent que l'incidence a grimpé en flèche au cours des 20 dernières années. Qu'allons-nous faire à ce sujet? Existe-t-il actuellement des traitements efficaces? D'après les études sur le sujet, la plupart des médecins estiment qu'une fois que la maladie d'Alzheimer a été diagnostiquée, il est trop tard. Nous devons soigner les gens qui sont atteints de cette maladie, mais nous devons également réfléchir aux moyens de la prévenir.

La maladie d'Alzheimer n'est pas d'origine génétique. Les gènes interviennent d'une façon quelconque, mais si elle est plus fréquente de nos jours c'est parce que notre mode de vie a changé au cours des 50 dernières années. C'est là un facteur sur lequel nous pouvons agir. Nous n'arriverons pas à éliminer la maladie d'Alzheimer, mais nous pouvons en influencer la fréquence ou l'évolution. Les facteurs qui déterminent le risque de cancer, de diabète, de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral déterminent aussi le risque d'avoir la maladie d'Alzheimer. Ils ne sont pas dans une catégorie à part. Les recommandations sont les mêmes quant au traitement ou à la prévention de la maladie d'Alzheimer. Cela a trait aux risques de diabète.

Le diabète est le principal obstacle au vieillissement en santé; c'est un facteur lié à tous les aspects du cancer, des maladies cardiaques et du fonctionnement cérébral chez la personne âgée. Le diabète de type 2, dit diabète de la maturité, apparaît lorsque l'insuline cesse d'être bien utilisée par l'organisme. C'est un problème qui commence pendant la vingtaine, la trentaine ou la quarantaine. Nous devons changer les mentalités, en commençant auprès des enfants d'âge scolaire.

Les attitudes se développent pendant l'enfance, et l'adolescence. Et à l'école secondaire, en fonction des types d'aliments offerts, du degré d'activité physique, du nombre de professeurs d'éducation physique dans les écoles, du nombre de pistes cyclables dans les villes, et ainsi de suite. Ottawa est une ville extraordinaire à cet égard, à cause des pistes cyclables qu'on y trouve et de la possibilité de patiner sur le canal, même si elles n'existent que pendant deux ou trois semaines. Cependant, chacun choisit son genre d'activité physique en son for intérieur. Il ne s'agit pas d'acheter un exerciceur de 2 000 \$ et de s'en servir religieusement pendant trois semaines pour ensuite ne plus y toucher. Il faut prendre l'habitude de se rendre au travail à pied, de descendre du métro une station avant celle de son immeuble et d'adopter ces comportements à vie pour prévenir les maladies.

Nous n'avons pas toutes les réponses, mais nous devons intervenir à différents niveaux. Il faut étudier ce qui se passe au niveau cellulaire afin de mettre au point de nouveaux

need drug treatments, and we do not necessarily have the best ones yet. Therefore, there are definitely developments at the medical and pharmaceutical level.

There is also basic public health common sense around exercise, nutrition — as Dr. Payette was trying to explain — and the services to allow people to stay at home. A balance is needed between taking an approach to public health, improving our research and understanding of some of the fundamental aspects, respecting the need in the long term of people to stay healthy and basically keep them out of hospital as long as possible.

That is my message. Thank you very much for your time.

Senator Mercer: I would like to thank all three of you for coming. Dr. Hébert, you talked about home care. In our travels so far, home care has been the focus almost everywhere we have gone. We have visited a couple of locations. I am interested in your opinion as to which province in Canada today has the best home care program. We need a model, and if we are to make any recommendations in home care, we want to come in at the top level.

I know that in my province of Nova Scotia, we do not have the top model. I am not happy to admit it, but it is a fact. I am interested in knowing which one or two provinces we should be examining more closely.

Dr. Hébert: I am not sure there is one. I have travelled around Canada a lot over the last 20 years. I can say to you that no province could be looked at as a model for home care. It is a general problem in Canada probably because it was not considered as medically necessary care in the Canada Health Act. Therefore, it was neglected.

It is now time to focus on home care, as I said, because that is where the care is. At the moment, in every province in Canada, we have many examples of the misadaptation of hospitals to support long-term care because the emergency rooms are crowded; the beds in hospitals are occupied by people needing long-term care. The hospitals should no longer be the centre of the system.

We have to re-centre the system around the home with strong primary care services and strong home care, and a good integration of services also. It is very difficult to coordinate the care at home because many agencies and professionals are involved. That has to be better coordinated.

We need a model in Canada. The models and the literature of integrated care that we have at the moment come from the United States, which has a different health care system. For example, the model from the United States, the Program of All-inclusive Care for the Elderly, or PACE model, was replicated in Alberta as the

médicaments. Certaines personnes âgées ont besoin de traitements médicamenteux et nous n'avons pas nécessairement encore les meilleurs. Il y a donc des avancées à faire sur le plan médical et le plan pharmaceutique.

Il y a également des mesures de santé publique de base qui relèvent du sens commun en ce qui concerne l'activité physique, la nutrition — comme la Dre Payette l'a indiqué — et les services qui permettraient aux gens de continuer à vivre chez eux. Il faut concilier nos interventions sur différents fronts : instaurer les mesures de santé publique, améliorer nos recherches et notre compréhension de certains aspects fondamentaux du vieillissement, aider les gens à demeurer en bonne santé pendant toute leur vie si possible afin d'éviter le plus longtemps possible leur hospitalisation.

Voilà le message que je voulais vous livrer. Merci de votre attention.

Le sénateur Mercer : Je tiens à vous remercier tous les trois d'être venus. Docteur Hébert, vous avez parlé des soins à domicile. Dans tous les endroits que nous avons visités jusqu'à maintenant, cette question était au centre du débat. Nous nous sommes rendus à différents endroits. À votre avis, quelle province a actuellement le meilleur programme de soins à domicile au Canada? Nous avons besoin d'un modèle et nous souhaitons nous inspirer de la meilleure formule dans nos recommandations.

Je sais que dans ma province d'origine, la Nouvelle-Écosse, le programme de soins à domicile laisse à désirer. Je n'aime pas le dire, mais c'est un fait. Y a-t-il une ou deux provinces que nous devrions examiner de plus près?

Dr Hébert : Je n'en suis pas sûr. Ayant beaucoup parcouru le Canada au cours des 20 dernières années, je peux vous dire qu'aucune province n'a de programme exemplaire en matière de soins à domicile. C'est du reste un problème généralisé au Canada, probablement attribuable au fait que ces soins n'étaient pas considérés comme médicalement nécessaires aux termes de la Loi canadienne sur la santé. C'est pour cela qu'ils ont été négligés.

Comme je le disais, il faut maintenant nous concentrer sur les soins à domicile, car c'est là que sont les besoins. À l'heure actuelle, il y a dans chaque province du Canada de nombreux exemples de désadaptation des hôpitaux aux soins de longue durée parce que les salles d'urgence sont bondées; les lits sont occupés par des personnes qui ont besoin de soins de longue durée. Les hôpitaux ne devraient plus être le cœur du système.

Nous devons recentrer le système sur de solides services de soins de première ligne et de solides soins à domicile; il faut aussi bien intégrer tous les services. Il est très difficile de coordonner les soins à domicile parce que beaucoup d'organismes et de professionnels interviennent dans ce domaine. Il faut une meilleure coordination.

Nous avons besoin de modèles proprement canadiens. Les modèles de soins intégrés qui sont actuellement décrits dans la littérature nous viennent des États-Unis, où le système de santé est très différent. Par exemple, le modèle PACE des États-Unis, le programme global de soins pour les personnes âgées, a été repris

Comprehensive Home Option of Integrated Care for the frail Elderly, or CHOICE model, in which an organization is taking care of a given population, is not a good fit for Canada.

A good model should integrate all the agencies in a given area, not be separate from the usual health care system. The model we developed here with the Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy, PRISMA, is a systemic change that includes all the actors involved in the care of the elderly, with a single point of entry and a case manager who is responsible for evaluating the needs of the people and ensuring that they receive good service from the right agency at the right time.

The case manager is a key professional in such a model. We should not duplicate the different assessments of the elderly people; we should be sure that one assessment is common to all the agencies and that there is good communication between agencies. The electronic health record is a very strong instrument to foster such coordination. It works in a Canadian context. We know how to implement that. We know that there is no extra cost to implement such a system, but we should invest first in order to benefit second. That is the message. We cannot do that without investing to get the benefit from such coordination.

We need to consider home care as part of our health care system, as integrated into our health care system, and we need to invest in home care. If we invest in home care — and there is a lot of evidence on that — we will decrease the pressure on hospitals and long-term care institution, and improve the quality of life for people. That is what people want; they want to stay home; they want to get the services where they live, not the other way around.

That is a strong message, and I hope your report will insist on this issue, which is critical for the sustainability of our health care system.

Senator Mercer: I would suggest that that is probably where we will go, without predetermining that today.

Dr. Cunnane, I was impressed when you said that 37 researchers, 5 facilities and 12 departments are involved in several campuses. That is quite impressive, particularly for a community this size.

The University of Sherbrooke has a special relationship with medical schools with the University of Moncton, in New Brunswick.

Dr. Cunnane: Yes, they do.

Senator Mercer: I am curious; does this research centre have a special relationship with the University of Moncton as well? Are they involved in your research, and do they benefit from the quality of researches that you have in Sherbrooke?

Dr. Cunnane: The short answer is, no. At least that is what I thought; perhaps I need to be corrected. Obviously, I need to be corrected. I will turn it over to Dr. Payette.

en Alberta. Il y est devenu le modèle CHOICE (Comprehensive Home Option of Integrated Care for the frail Elderly), dans lequel une organisation prend en charge une clientèle donnée, modèle qui n'est pas bien adaptée à la réalité canadienne.

Pour être utile, un modèle doit intégrer tous les organismes présents sur un territoire donné et non être à part du régime de santé habituel. Le modèle PRISMA, c'est-à-dire Programme de recherche visant l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie, constitue un changement systémique. Il englobe tous les acteurs intervenant dans les soins aux personnes âgées, avec un guichet unique et un gestionnaire de cas à qui il incombe d'évaluer les besoins des gens et de veiller à ce qu'ils reçoivent les bons services du bon organisme au bon moment.

Le gestionnaire de cas est un professionnel essentiel dans ce modèle. Nous ne devrions pas refaire plusieurs évaluations des personnes âgées, mais plutôt faire en sorte que tous les organismes se fondent sur une évaluation commune et communiquent bien entre eux. Le dossier de santé électronique est un instrument très utile pour faciliter cette coordination et il fonctionne bien dans le contexte canadien. Nous savons comment instaurer un tel système et nous savons qu'il ne comporte pas de frais supplémentaires, mais il faut investir maintenant pour pouvoir en profiter plus tard. Voilà l'essentiel de notre message. On ne pourra pas profiter de cette coordination sans investir au départ.

Nous devons considérer les soins à domicile comme faisant partie intégrante de notre régime de soins de santé et nous devons investir dans les soins à domicile. Si nous le faisons, cela allègera les pressions sur les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée tout en améliorant la qualité de vie des gens; beaucoup d'études le démontrent. Et c'est ce que les gens veulent : Ils veulent rester chez eux et obtenir les services là où ils vivent, et non l'inverse.

C'est un message très puissant, et j'espère que votre rapport y fera une grande place, car c'est capital pour la viabilité de notre système de santé.

Le sénateur Mercer : Je crois que c'est dans cette direction que nous nous orienterons, sans pouvoir l'affirmer catégoriquement aujourd'hui.

Monsieur Cunnane, vous avez dit que vous avez 37 chercheurs, 5 centres et 12 départements dans différents campus. C'est un bilan très impressionnant, particulièrement pour une ville de cette taille.

L'Université de Sherbrooke entretient des relations privilégiées avec la faculté de médecine de l'Université de Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Dr Cunnane : Oui, effectivement.

Le sénateur Mercer : Votre centre de recherche a-t-il aussi des liens privilégiés avec le reste de l'Université de Moncton? Les autres facultés prennent-elles part à vos recherches et profitent-elles de la qualité des travaux que vous effectuez à Sherbrooke?

Dr Cunnane : La réponse est non. Du moins c'est ce que je pensais; peut-être que je me trompe. De toute évidence, je me trompe. Je céderai la parole à la Dre Payette.

Dr. Payette: I think there is no systematic organization or collaboration, but I have been an adjunct professor at the University of Moncton for many years. Other researchers from the research centre and from the University of Sherbrooke collaborated for a while and still do. There is a centre on aging at the University of Moncton, and we are dealing with people from the social department and the nutrition department. I supervised many students and still collaborate with them. I am a co-investigator on projects with the University of Moncton.

I think it is coming. Not a lot of research is done on aging at the University of Moncton other than by the social department, but I think we can progress and increase this collaboration eventually.

Dr. Hébert: You raise a very good point. We developed a campus in Moncton for 24 first-year students in medicine. I was there yesterday for my annual visit to meet with the students, the professors and the authority from the hospital, and it is going very well. We are in the second year now, so we have 48 students, and it is going very well. We are already involved in clerkships in New Brunswick and also in family medicine residency programs for 15 years now.

You have a good point. It is now time to extend this implication in research, and probably research on aging is a good way to start. Recently, the Government of New Brunswick announced the creation of an agency for research in the province, which will help to support research projects and research centres. I am sure the University of Sherbrooke will be very active in developing that in the province.

Senator Mercer: I want you to know that those of us from the Maritimes really appreciate the work that the University of Sherbrooke is doing with the University of Moncton. It is extremely important for us to have home-trained doctors who work in the French language because of the Acadian population in all three Maritime provinces. It will be very helpful as we produce the first graduates — and hopefully they will stay in Atlantic Canada.

This is the type of cooperation that schools should have in solving the great problems that we have across the country. I want to ensure that you know that it is very much appreciated.

Dr. Hébert: At the moment, the French students from Nova Scotia, PEI and Newfoundland are coming to Sherbrooke to get their medical training. We get three or four students every year, and we are in negotiating with the Government of New Brunswick at the moment to keep those students in the Moncton campus instead of bringing them to Sherbrooke. It will be a very good move to keep those students from Atlantic Canada in the Atlantic provinces for their training.

Dr. Payette : Je pense qu'il n'existe pas d'organisation ou de collaboration systématique, mais j'ai été professeure auxiliaire à l'Université de Moncton pendant de nombreuses années. D'autres chercheurs du centre de recherche et de l'Université de Sherbrooke ont collaboré pendant un certain temps et continuent de le faire. Il existe un centre du vieillissement à l'Université de Moncton et nous traitons avec des membres du département des sciences sociales et du département de nutrition. J'ai supervisé de nombreux étudiants et je continue de collaborer avec eux. Je suis co-chercheuse dans des projets à l'Université de Moncton.

Je pense que cela se fera. Il n'y a pas beaucoup de recherche qui est faite sur le vieillissement à l'Université de Moncton, mise à part celle effectuée par le département des sciences sociales, mais je pense que nous pouvons progresser et pourrions accroître cette collaboration à un moment donné.

Dr Hébert : Vous soulevez un très bon argument. Nous avons développé un campus à Moncton pour 24 étudiants de première année en médecine. J'étais là hier à l'occasion de ma visite annuelle afin de rencontrer les étudiants, les professeurs et l'administration de l'hôpital, et les choses se déroulent très bien. Nous entrons dans notre deuxième année aujourd'hui, donc nous comptons 48 étudiants, et les choses se déroulent très bien. Nous participons déjà à des stages cliniques au Nouveau-Brunswick et aussi à des programmes d'internat en médecine familiale depuis 15 ans maintenant.

Vous faites valoir un bon argument. Il est maintenant temps d'élargir cette participation à la recherche, et probablement que la recherche sur le vieillissement est un bon point de départ. Récemment, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a annoncé la création d'une agence de recherche dans la province, qui permettra d'appuyer les projets et les centres de recherche. Je suis sûr que l'Université de Sherbrooke participera très activement à l'élaboration d'une telle initiative dans la province.

Le sénateur Mercer : Je tiens à ce que vous sachiez que ceux d'entre nous qui viennent des Maritimes apprécient vraiment le travail qu'effectue l'Université de Sherbrooke avec l'Université de Moncton. Il est très important que nous ayons des médecins formés chez nous qui travaillent en français à cause de la présence de la population acadienne dans les trois provinces des Maritimes. Cela sera très utile au fur et à mesure que les premiers diplômés sortiront des universités — et nous espérons qu'ils resteront dans la région atlantique du Canada.

C'est le genre de coopération dont devraient faire preuve les écoles pour régler les graves problèmes que nous connaissons partout au pays. Je tiens à m'assurer que vous sachiez que nous apprécions beaucoup cette initiative.

Dr Hébert : Pour l'instant, les étudiants francophones de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve viennent à Sherbrooke pour y faire leur formation médicale. Nous accueillons trois ou quatre étudiants chaque année, et nous sommes en train de négocier à l'heure actuelle avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick pour que les étudiants restent sur le campus de Moncton au lieu d'aller à Sherbrooke. Ce sera une très bonne chose d'assurer la formation des étudiants de la région atlantique dans les provinces de l'Atlantique.

The Chair: In my discussions with Dr. Hébert earlier, I also learned that there are some francophones from Western Canada, Manitoba included, who are being trained at the University of Sherbrooke, and physicians are available to them so that they can do their medical training in French.

Senator Keon: The Canada Health Act was a great contribution to Canadian society, but the negative spin-off from the act is that it placed the single payer in the position, for a very long time, of only paying for services that doctors provided or hospitals provided. We are gradually getting a little beyond that.

However, I spent my professional life, 35 years, as the CEO of quite a large institution, and as a practising doctor. I knew, within a very short period of time, that we were doing things wrong. I tried to convince governments along the way to change without much success, but I think we are on the verge of it now.

As an aside, in the Senate now, I am concentrating on a study on the human life cycle called population health, which includes from parenting through maternal health, through early child development, and so on, to seniors. I do not believe we will be successful in implementing our ideas unless the ideas that all three of you were expressing this morning can come to pass, and that is, we have to build community infrastructure.

That is tough, because the hospital establishment is so powerful. When you start talking about community infrastructure, they jump on it and want to build, and they have these huge budgets. I know because I had access to over \$100 million a year for years and years. You could do just about anything you wanted with that money, and this is a huge barrier.

I commend you for what you have done in coming together. The exciting thing about you guys here in Quebec is that you are ahead of the curve. My brother was a family physician, and he worked in the CLSCs, the local community service centres, when they first came out. I thought this was the most exciting development that I had seen in medicine, but somehow it just did not work out the way it should have. I do not know what went wrong, but it did not. It was a great idea to have this integration of social services and medicine at the community level.

If the gospel you are preaching this morning about allowing a senior to live a healthy life is to start planning in her teenage years for her senior years and to die happily in her own bed at 105 without having had cancer, heart disease, a stroke, type 2 diabetes and so forth, if that will come to pass, we have to somehow marshal the heart and mind to turn our concept of health 180 degrees; and that is my question to you.

La présidente : Dans mes discussions avec le Dr Hébert plus tôt, j'ai également appris qu'il y a des francophones de l'Ouest du Canada, le Manitoba inclus, qui suivent leur formation à l'Université de Sherbrooke, et qu'il y a des médecins à leur disposition pour leur permettre de suivre leur formation médicale en français.

Le sénateur Keon : La Loi canadienne sur la santé a grandement contribué à la société canadienne, mais la conséquence négative de cette loi, c'est qu'elle a obligé le payeur unique pendant très longtemps à payer uniquement les services assurés par les médecins ou les hôpitaux. Nous sommes graduellement en train de nous éloigner un peu de ce modèle.

Quoi qu'il en soit, j'ai passé ma vie professionnelle, 35 ans, à titre de PDG d'un établissement assez important, et à titre de médecin praticien. Je me suis rapidement rendu compte que nous ne faisons pas les choses correctement. J'ai tâché de convaincre les gouvernements au fil des ans d'apporter des changements sans beaucoup de succès, mais je pense que nous sommes sur le point d'y arriver.

J'aimerais faire une parenthèse. Au Sénat, à l'heure actuelle, je m'occupe d'une étude sur le cycle de la vie humaine, c'est-à-dire sur la santé des populations, qui porte entre autres sur le rôle parental, la santé maternelle, le développement du jeune enfant et les aînés. Je ne crois pas que nous réussirons à concrétiser nos idées à moins que les idées que vous avez tous les trois exprimées ce matin puissent être adoptées, c'est-à-dire que nous devons construire une infrastructure communautaire.

Cela est difficile, parce que les milieux dirigeants du secteur hospitalier sont si puissants. Lorsque l'on parle d'infrastructure communautaire, ils sautent sur cette idée et veulent s'occuper de la construction et ils disposent d'énormes budgets. Je le sais, parce que j'ai eu accès à un budget annuel de plus de 100 millions de dollars pendant des années. On pouvait faire pratiquement tout ce que l'on voulait avec cet argent, et c'est un énorme obstacle.

Je vous félicite d'avoir décidé de collaborer. Ce qui est vraiment intéressant à propos du travail que vous faites au Québec, c'est que vous êtes en avance sur les autres. Mon frère était médecin de famille et a travaillé dans des CLSC, les centres locaux de services communautaires, lorsqu'ils ont été mis sur pied la première fois. C'était à mon avis l'une des innovations des plus intéressantes que je n'avais jamais constatée en médecine, mais d'une façon ou d'une autre, ces centres n'ont pas fonctionné comme ils auraient dû. J'ignore ce qui s'est passé, mais cela n'a pas fonctionné. C'était une excellente idée d'intégrer les services sociaux et médicaux au niveau communautaire.

Si l'on veut que les mesures que vous préconisez ce matin se concrétisent, c'est-à-dire que pour permettre à un aîné de vivre une vie en santé, il faut que cette personne commence à planifier sa vie pendant son adolescence en prévision de sa vieillesse de sorte à mourir heureuse dans son propre lit à l'âge de 105 ans sans avoir eu le cancer, de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de diabète de type 2 et ainsi de suite, nous devons modifier radicalement notre conception de la santé; et c'est la question que je vous pose.

How can we influence government to turn their thinking 180 degrees and to invest in community and home care and the rest of it, but to invest in the community where the ideas you are preaching can be implemented? I would like to hear from all three of you.

Dr. Hébert: That is a very good question.

I have seen, over the last 10 or 15 years, that the discourse around aging is now more frequently in the public arena than it was, and that is a very good thing. The baby boomers are aging, and it will be a very strong phenomenon because the baby boomers have been associated with social development in this country and for the development of all the health services from which we benefit. I am sure they will continue to request good services, access to services, home care, and so on.

I am confident that the new generation of older people will be more effective in convincing the politicians and the government that it is an important area.

The other phenomenon I see at the moment is that hospitals are realizing that if there is better community care and primary care, they will have less pressure, and it will benefit them. It will help the hospitals concentrate on their main purpose, which is acute care, technological care, and not be overwhelmed by people requesting primary care or long-term care.

This mindset from a CEO of a hospital will be very important because what I see here in Sherbrooke, for example, the CEO of the university hospital is very supportive of the development of primary care and community care in the area because she realizes that it is very important for the university hospital to focus on their primary objective.

Commissions such as yours and ours, are a very important exercise to stimulate and put this debate on the public scene. I commend you for that. I am very pleased that you are committed to that. We need to convince the politicians and government that that is the way we have to go.

Dr. Keon, as you know, it is similar to treating a fever with aspirin but not treating the infection. Investing in hospitals because they are overwhelmed with emergency care and the beds are occupied by long-term care is that same as treating a fever and not the infection. If we do not treat the cause of that by improving the community care and primary care, we will never solve the problem of hospitals. That is a major issue for the sustainability of our health care system.

Dr. Payette: Research is so important in this to provide evidence-based data to have a clear message on what is important, what are the problems, such as PRISMA or other longitudinal studies on population health. We are conducting a longitudinal study on nutrition and aging in Sherbrooke and Montreal. These studies, such as the Canadian Longitudinal Study on Aging,

Comment pouvons-nous inciter les gouvernements à modifier radicalement leur façon de penser et à investir dans les soins communautaires et à domicile, entre autres, mais aussi à investir dans la collectivité où il est possible de mettre en œuvre les idées que vous préconisez? J'aimerais connaître votre opinion à tous les trois.

Dr Hébert : C'est une très bonne question.

Au cours des 10 ou 15 dernières années, j'ai constaté que le discours au sujet du vieillissement se tient de plus en plus souvent dans la sphère publique qu'auparavant, et c'est une très bonne chose. La génération du baby boom vieillit, et ce sera un phénomène très important parce que cette génération a été associée au développement social du pays et au développement de tous les services de santé dont nous profitons. Je suis sûr qu'elle continuera à demander de bons services, l'accès aux services, à des soins à domicile, et ainsi de suite.

Je suis persuadé que la nouvelle génération de personnes âgées sera plus efficace pour ce qui est de convaincre les politiciens et le gouvernement qu'il s'agit d'un domaine important.

L'autre phénomène que je constate à l'heure actuelle, c'est que les hôpitaux se rendent compte que si les services de soins communautaires et de soins primaires sont meilleurs, ils feront l'objet de moins de pression, et cela leur sera bénéfique. Cela permettra aux hôpitaux de se concentrer sur leur objectif principal, à savoir de dispenser des soins de courte durée, des soins technologiques et de ne pas être débordés par les demandes de personnes qui ont besoin de soins primaires ou de soins de longue durée.

Il sera très important que le PDG d'un hôpital adopte cette mentalité parce que d'après ce que je constate ici à Sherbrooke, par exemple, la PDG de l'hôpital universitaire appuie solidement le développement des soins primaires et des soins communautaires dans la région parce qu'elle se rend compte qu'il est très important que l'hôpital universitaire mette l'accent sur son objectif principal.

Des commissions comme la vôtre et comme la nôtre ont un rôle très important à jouer pour stimuler le débat et le tenir sur la place publique. Je vous en félicite. Je suis très heureux que vous ayez pris un engagement en ce sens. Nous devons convaincre les politiciens et les gouvernements que c'est la voie à suivre.

Docteur Keon, comme vous le savez, c'est un peu comme traiter une fièvre avec de l'aspirine sans traiter l'infection. Investir dans des hôpitaux parce qu'ils sont débordés par les soins d'urgence et que les lits sont occupés par des personnes qui ont besoin de soins de longue durée, cela équivaut à traiter la fièvre mais pas l'infection. Si nous ne traitons pas la cause en améliorant les soins communautaires et les soins primaires, nous ne réglerons jamais le problème des hôpitaux. C'est un enjeu important pour assurer la durabilité de notre système de soins de santé.

Dre Payette : La recherche joue un rôle très important à cet égard parce qu'elle fournit des données factuelles qui permettent de déterminer clairement ce qui est important, quels sont les problèmes, comme l'étude PRISMA ou d'autres études longitudinales sur la santé des populations. Nous sommes en train d'effectuer une étude longitudinale sur la nutrition et le

CLSA, which is almost in the field now, will provide evidence-based data and will also create awareness in the older population that we are interested in what they are doing.

I have seen that with the cohort that we have been following for four years. These people are very interested in learning about the opportunities that are there for them in health and in social services. This knowledge transfer that is created through the population health studies can help to mobilize the people in asking for better services and care.

Dr. Cunnane: I think you have posed the challenge of the century, in a sense, Dr. Keon. My perspective is aligned with those of Dr. Payette and Dr. Hébert.

We need to work in parallel; we need to do more research. It is similar to research on diabetes or cancer or any other major degenerative disease in that we can say that there is always new information that we need to learn before we act, but there are certain steps we can take right now.

My concept of that as applied to healthy aging is that maybe we could conceive of some model communities where we could do a pilot project on a community base. We probably need a population of 50,000 or 100,000 in order to do that. However, are we prepared to invest in a model to test the ideas that we have? We have enough information to react now. We do not have all the answers, but we will never have all the answers. We will continue to do research on improving services and access to home care, but why not invest in a national network of model communities where we are testing an idea?

It would be similar to environmental projects, if you will. We should not wait for the votes and the government to change the way we think — obviously, governments have to invest in something that is related to health care; it is a provincial mandate. We have the nuts and bolts of a model community, in Moncton perhaps, or Granby in Quebec. I do not have expertise on how to implement that sort of project, but I think we are at that stage. That is what I would propose.

Senator Keon: That is an extremely interesting concept. I have watched federal governments over the years, and they get very nervous about upsetting the provinces. Therefore, they say that health is the domain of the provinces. On the other hand, the provinces are facing bankruptcy through their health care systems, with some of them having close to half their budget consumed by the health care delivery systems. They do not have any flex. Nothing will happen there because they do not have the money. The federal government has the money.

vieillesse à Sherbrooke et à Montréal. Ces études, comme l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement, ELCV, qui se fait pratiquement sur le terrain maintenant, fourniront des données factuelles qui permettront également de sensibiliser la population plus âgée au fait que nous nous intéressons à elle.

J'ai pu le constater auprès de la cohorte que nous avons suivie pendant quatre ans. Ces personnes s'intéressent beaucoup à connaître les possibilités qui existent pour elles en matière de services de santé et de services sociaux. Ce transfert de connaissances qui est créé grâce aux études sur la santé des populations peut contribuer à mobiliser les gens pour qu'ils demandent de meilleurs services et de meilleurs soins.

Dr Cunnane : Je pense que vous avez posé le défi du siècle, dans un certain sens, docteur Keon. Mon point de vue correspond à ceux de la Dre Payette et du Dr Hébert.

Nous devons travailler de façon parallèle; nous devons faire plus de recherche. C'est comme la recherche sur le diabète ou le cancer ou toute autre importante maladie dégénérative, en ce sens que nous pouvons dire qu'il y a toujours de nouveaux renseignements dont nous avons besoin avant d'agir, mais qu'il existe certaines mesures que nous pouvons prendre dès maintenant.

Selon moi, la recherche qui pourrait porter sur les conditions qui permettent de vieillir en santé pourrait se faire dans des collectivités modèles où nous pourrions mettre sur pied un projet pilote sur une base communautaire. Nous aurions probablement besoin d'une population de 50 000 ou de 100 000 personnes pour le faire. Cependant, sommes-nous prêts à investir dans un modèle pour mettre à l'épreuve les idées que nous avons? Nous avons suffisamment d'information pour réagir maintenant. Nous n'avons pas toutes les réponses, mais nous n'aurons jamais toutes les réponses. Nous continuerons à faire de la recherche pour améliorer les services et l'accès aux soins à domicile, mais pourquoi ne pas investir dans un réseau national de collectivités modèles où nous mettons à l'essai une idée?

Cela ressemblerait aux projets environnementaux, si vous voulez. Nous ne devrions pas attendre des élections et que le gouvernement change notre mentalité — de toute évidence, les gouvernements doivent investir dans des mesures qui relèvent du domaine de la santé; c'est un mandat provincial. Nous avons les éléments fondamentaux d'une communauté modèle, à Moncton peut-être, ou à Granby, au Québec. Je ne possède pas les compétences me permettant de déterminer la façon de mettre en œuvre ce genre de projet, mais je pense que nous sommes arrivés à ce stade. C'est ce que je proposerais.

Le sénateur Keon : C'est une notion extrêmement intéressante. J'ai observé les gouvernements qui se sont succédé au fil des ans au niveau fédéral, et ils craignent de contrarier les provinces. Par conséquent, ils disent que la santé relève de la compétence des provinces. Or, les provinces sont acculées à la faillite à cause de leurs systèmes de soins de santé, et certaines doivent consacrer près de la moitié de leur budget au système de soins de santé. Elles n'ont aucune marge de manœuvre. Il ne se produira rien à ce niveau-là parce qu'elles n'ont pas d'argent. C'est le gouvernement fédéral qui a l'argent.

The role of the federal government is the welfare of all Canadians in my opinion. Their responsibility is to provide the financing, the incentives and the organization for change. For example, we will never get out of this conundrum we are in now with all the money going to hospitals and medical professions instead of the broad brush and instead of community medical social service facilities that we need for healthy aging, such as home care and social work.

How can we, in our Senate committees, impress upon the federal government the need to step up to the plate and exercise their responsibility, their leadership in change in health in Canada? How can we encourage them to provide the funding that will allow for change, for healthy seniors living in their homes, et cetera, which implies a tremendous change in the infrastructure, as you all said?

Dr. Cunneen: I do not have a crystal ball, but I would like to make reference to one specific example of how change happened in a minority government, a change affecting the health of Canadians in a minority government situation about four or five years ago.

Paul Martin was the Prime Minister for a period of time, and the issue of trans fatty acids was very much on the radar of Canadians. If I recall correctly, the scenario was that an NDP member of Parliament from Manitoba, whose name escapes me, at some point used this as a leverage tool, I suppose, and the rules were changed about the content of trans fatty acids in the Canadian diet.

The science did not change overnight when that process got going. What changed? It was the opportunity to work and to negotiate within the parliamentary system that we have, and particularly in the context of a minority government.

We happen to be in that situation today, and maybe the cards are aligned differently. However, perhaps minority government situations are an opportunity to try to put pressure on a multi-party approach, which would not occur in a strong majority government situation where perhaps one would ignore some of those pressures from all sides.

People in our position have an obligation to lobby the government directly on Parliament Hill, the way we did for the brain drain of scientists over the years and the Canada Research Chairs Program, amongst others. It was a response to lobbying by scientists and professors, and that is what we have to do. That is part of our obligation.

Le rôle du gouvernement fédéral est d'assurer le bien-être de l'ensemble des Canadiens, à mon avis. Sa responsabilité est d'assurer le financement, les incitatifs et l'organisation qui favoriseront le changement. Par exemple, nous n'arriverons jamais à sortir de la situation dans laquelle nous nous trouvons à l'heure actuelle et où l'ensemble des fonds est destiné aux hôpitaux et aux professions médicales plutôt qu'à la population générale et à des établissements communautaires de services médicaux et sociaux dont nous avons besoin pour vieillir en santé, comme les soins à domicile et le travail social.

Comment nos comités sénatoriaux peuvent-ils inciter le gouvernement fédéral à faire sa part et à exercer ses responsabilités, à faire preuve de leadership pour apporter les changements qui s'imposent dans le domaine de la santé au Canada? Comment pouvons-nous encourager le gouvernement fédéral à offrir le financement qui permettra le changement, qui permettra à des aînés en santé de vivre chez eux, et cetera, ce qui suppose un énorme changement à apporter à l'infrastructure, comme vous l'avez tous dit?

Dr. Cunneen : Je n'ai pas de boule de cristal, mais j'aimerais faire allusion à un exemple particulier sur la façon dont le changement s'est produit en situation de gouvernement minoritaire, un changement qui a influé sur la santé des Canadiens dans une situation de gouvernement minoritaire il y a quatre ou cinq ans.

Paul Martin a été premier ministre pendant un certain temps, et la question des gras trans préoccupait beaucoup les Canadiens. Si je me souviens bien, un député néo-démocrate du Manitoba, dont le nom m'échappe, a utilisé à un certain point cet enjeu comme moyen de pression, je suppose, et les règles ont été modifiées à propos de la teneur en gras trans dans l'alimentation canadienne.

Les renseignements scientifiques n'ont pas changé du jour au lendemain au moment où ce processus a été entamé. Qu'est-ce qui a changé? Cela a été l'occasion de travailler et de négocier au sein du système parlementaire que nous avons, et particulièrement dans le contexte d'un gouvernement minoritaire.

Nous nous trouvons dans cette situation aujourd'hui, et les cartes sont peut-être alignées différemment. Quoi qu'il en soit, les situations de gouvernement minoritaire sont peut-être l'occasion d'essayer d'exercer des pressions afin d'adopter une approche multipartite, ce qui serait impossible dans une situation de gouvernement majoritaire fort où on pourrait peut-être ne pas tenir compte de certaines des pressions provenant de tous les côtés.

Les gens qui se trouvent dans notre situation ont l'obligation d'exercer des pressions sur le gouvernement directement sur la Colline du Parlement, comme nous l'avons fait dans le cas de l'exode des cerveaux au fil des ans, ce qui a donné lieu au Programme de chaires de recherche du Canada, entre autres. Ce programme a été le résultat des pressions exercées par les scientifiques et les professeurs, et c'est ce que nous devons faire. Cela fait partie de nos obligations.

Dr. Hébert: I am very disappointed these days, especially with the Government of Quebec, who has complained for a decade now about the fiscal imbalance and the expense being in the province and the revenues in the federal government. Over the last two years, the federal government decreased the goods and services tax, GST, by two percentage points, and the province did not take this opportunity to invest this fiscal revenue to improve the services for the population.

It is a scandal because it means \$2.5 billion for this province. With \$2.5 billion, you can substantially improve home care and health care services. However, they did not take this opportunity to correct the fiscal imbalance. Another example is the health transfer that some provinces use to decrease the tax instead of investing in health. That is a big issue.

I do not know, it may be a strange idea, but maybe we can label some of the health transfer to focus especially on home care in order to oblige the province to invest in what Canadians need in home care. It may be a strange idea, but I am sure your analysts could look at such an idea to see how it could be proposed in your document.

The Chair: It was very interesting that, prior to the signing of the 2004 Health Accord, all provinces, including the Quebec government, agreed to a national pharmacare program. In that case, it was the federal government that chose not to make the decision to have a national pharmacare program.

My own sense is that perhaps provinces do not want absolute control in the hands of the federal government, and that is fair; it is their field of constitutional implementation. Having said that, there are ways for the federal government to direct dollars from the federal coffers to provincial coffers for specific programming, home care being one of them.

[Translation]

Senator Chaput: I would first like to say that I greatly appreciated your presentations. I am a Franco-Manitoban, and we francophones have always looked to Quebec to see what Quebecers were doing because, for us, you have always been on the cutting edge.

I know that the Collège universitaire in Saint-Boniface has a distance education program with Quebec in the health care sector.

If the focus in Canada were on health and the competencies of older people, based on that we could consider people's homes as the heart of the matter. If that were the case, if I understood correctly, we would have to clarify the Canada Health Act, which focuses on healing after a hospital stay.

Dr Hébert : Je suis très déçu ces jours-ci, particulièrement en ce qui concerne le gouvernement du Québec, qui se plaint depuis 10 ans maintenant du déséquilibre fiscal et du fait que c'est la province qui paye les dépenses et que c'est le gouvernement fédéral qui touche les recettes. Au cours des deux dernières années, le gouvernement fédéral a diminué la taxe sur les produits et services, la TPS, de 2 points de pourcentage, et la province n'a pas profité de l'occasion pour investir ces recettes fiscales afin d'améliorer les services destinés à la population.

C'est scandaleux, parce que cela représente 2,5 milliards de dollars pour la province. Avec 2,5 milliards de dollars, on peut considérablement améliorer les soins à domicile et les soins de santé. Cependant, ils n'ont pas saisi l'occasion de redresser le déséquilibre fiscal. Un autre exemple, c'est le transfert relatif à la santé que certaines provinces utilisent pour diminuer les impôts au lieu d'investir dans la santé. C'est un grave problème.

Je ne sais pas, l'idée peut paraître étrange, mais peut-être que nous pourrions réserver une part du transfert en matière de santé aux soins à domicile, afin d'obliger la province à investir dans les soins à domicile dont les Canadiens ont besoin. L'idée est peut-être étrange, mais je suis sûr que vos analystes pourraient se pencher là-dessus pour voir ce que vous pourriez proposer dans votre document.

La présidente : J'ai trouvé très intéressant que, avant que l'Accord sur la santé ne soit signé en 2004, toutes les provinces, y compris le Québec, avaient donné leur accord à un programme national d'assurance-médicaments. Dans ce cas-là, c'est le gouvernement fédéral qui a décidé de ne pas instituer de programme national d'assurance-médicaments.

J'ai l'impression que les provinces ne veulent peut-être pas que tout le pouvoir repose entre les mains du gouvernement fédéral, et cela se comprend; après tout, c'est quelque chose dont la mise en œuvre relève de leurs compétences selon la Constitution. Cela dit, le gouvernement fédéral pourrait trouver des moyens d'acheminer des fonds fédéraux aux provinces pour des programmes en particulier, y compris les soins à domicile.

[Français]

Le sénateur Chaput : J'aimerais d'abord dire à quel point j'ai aimé vos présentations. Je suis une francophone du Manitoba et nous nous sommes toujours tournés, comme francophones, vers le Québec pour regarder ce que vous faisiez parce qu'à nos yeux, vous êtes avant-gardistes.

Je sais que le Collège universitaire de Saint-Boniface a un programme de formation à distance avec le Québec dans le domaine de la santé.

Si l'accent était mis sur la santé au Canada et sur la capacité de la personne vieillissante, en partant avec cette prémisse de base, nous pourrions considérer le domicile de la personne comme étant le noyau. Si c'était le cas, si j'ai bien compris, il faudrait clarifier le statut de la Loi sur la santé au Canada qui, je pense, met plutôt l'accent sur la guérison après un séjour à l'hôpital.

If that were the case, and we clarified the act, we could make homecare a priority. If that were a recommendation, do you think the federal government should play a very active role in home care? What changes would we have to make and what would be the role of the federal government?

Dr. Hébert : I believe that the federal government would first have to include home care in the Canada Health Act. That would be a great stride forward. That would send a message to the provinces and territories that home care would have to be part of any health service coverage.

I do not believe it is the federal government's role to organize care, to provide care, to be instrumental in organizing services, rather it is the role of the provinces. However, tax transfers to the provinces should, in my opinion, identify home care as a specific funding area.

I believe all provinces are ready to do this. You could give the provinces an instrument, a tool to say: "We cannot invest in this hospital, we have money to invest in home care." So, you would be giving the provinces a tool to justify what they do and counter the hold or control of hospitals. I think that may be an avenue to explore.

Senator Chaput : Would you conceive of a national standard?

Dr. Hébert : No, not a national standard. I am of the view that provinces should organize their own services. There can be national objectives or policy directions such as a focus on home care, and long-term care, but I do not believe there should be national standards. There are 13 different health care systems within Canada and I think that is an asset. While meeting national goals and the values inherent in a national direction, you should allow the provinces to adjust the distribution of services based on the way they organize their services.

Senator Chaput : I have a question for Ms. Payette. When it comes to home care, what would you think of having a nutritionist as a component, someone who is an expert, perhaps a mobile team, I do not know, someone who could teach families, schools, over the course of people's lives? Could that be incorporated within home care?

Dr. Payette : I think it is essential for that component to be included in home care. And that is what I was raising, how rarely we see nutrition professionals within the community, within community organizations. Even within our current CLSC system, nutritionist positions are very, very rare. These people are mainly assigned to work with small babies, children, pregnant women and if they have a few extra hours a week to spare, a bit with seniors.

So, I think we have to look into how important these services are and have regular follow-up, that nutrition be one part of the overall assessment of a person and his or her needs; there needs to be a very rigorous system in place to organize all of these services, including food services within a home care program.

Si c'était le cas, en clarifiant le statut de la loi, on pourrait apporter les soins à domicile comme étant une priorité. Si c'était une recommandation, est-ce que vous verriez le fédéral prendre un rôle très actif en termes des soins à domicile? Quels changements aurions-nous besoin de faire et quel serait le rôle du fédéral?

Dr Hébert : Je crois que le rôle du fédéral d'abord serait d'inclure dans la législation sur la santé du Canada les soins à domicile. Ce serait déjà un très grand pas. On enverrait le message à toutes les provinces et territoires que les soins à domicile doivent faire partie de la couverture de services.

Je ne crois pas que ce soit le rôle du fédéral d'organiser les soins, de donner les soins, d'être instrumental dans l'organisation des services, mais le rôle des provinces. Par contre, les transferts fiscaux vers les provinces, à mon avis, devraient identifier les soins à domicile comme un champ spécifique de financement.

Je pense que toutes les provinces sont prêtes à le faire. Vous donneriez ainsi à nos provinces une arme, un outil pour dire : « je ne peux pas investir dans l'hôpital, j'ai de l'argent pour investir à domicile ». Donc, vous donnez un outil aux provinces pour se justifier par rapport à la main mise ou à l'empire hospitalier. Je pense que c'est peut-être une voie à explorer.

Le sénateur Chaput : Est-ce que vous verriez une norme nationale?

Dr Hébert : Non, pas une norme nationale. Je suis un de ceux qui pensent qu'on doit laisser aux provinces le soin d'organiser les services. Il peut y avoir des objectifs ou des orientations stratégiques nationales comme les soins à domicile, comme les soins à long terme, mais je ne crois pas qu'il doit y avoir de norme nationale. Il y a 13 systèmes de santé différents au Canada et je pense que c'est une richesse. Tout en satisfaisant les objectifs nationaux et les valeurs des orientations nationales, on va laisser les provinces ajuster la répartition des services par rapport à leur organisation de services.

Le sénateur Chaput : J'aurais une question pour Mme Payette. En termes des soins à domicile, est-ce que vous pourriez y voir une composante d'une diététiste, une personne qui s'y connaît, une équipe volante, je ne sais pas, une composante qui apprendrait justement aux familles, aux écoles tout au long de la vie? Est-ce que cela pourrait être intégré dans ces soins?

Dre Payette : Je pense que c'est essentiel que ce soit intégré dans ce programme de soins de service à domicile. Et c'est ce que j'évoquais, la rareté des postes de professionnels en nutrition dans la communauté, dans les organisations communautaires. Même dans notre système actuel de CLSC, les postes de nutritionnistes sont très, très rares. Ces personnes sont prioritairement affectées aux petits bébés, aux enfants, aux femmes enceintes et si elles ont quelques heures par semaine, un peu aux personnes âgées.

Alors, je pense qu'il faut vraiment revoir l'importance de ces services et avoir un suivi régulier, que l'alimentation soit un des aspects de l'évaluation globale de la personne et de ses besoins; qu'il y ait un système très rigoureux de mis en place d'organisation de tous les services, incluant les services alimentaires dans un programme de soins à domicile.

On several occasions, I had the opportunity to note that access to food and the difficulty in preparing it were often reasons mentioned as to why people decided to change their lifestyle and move into a home. As far as I am concerned, it is absolutely shameful for this service, which is really quite simple, not to be offered when we have so many other services. We have meal delivery services. There could be meal preparation support services to help these people stay in their homes. I think this aspect is essential within a home care program.

You know, we do not really realize it when we have no disabilities and it is not really a problem for us, but we eat three times a day. We enjoy eating and having healthy food. We eat three times a day and go grocery shopping at least once a week.

All of these food-related activities can become a serious problem for people in a weakened state, when they have difficulty getting around in the wintertime when the sidewalks are too icy. This is an area of serious concern and rapidly becomes a problem for people in weakened states.

So, I see this as essential.

[English]

The Chair: As a quick addition to that, in your remarks, you made comments about guidelines. Do you think that Canada's Food Guide has to change in order to make special reference to people over the age of 65, or whatever?

Dr. Payette: I am glad you ask that question. I had it in my speech, but I thought I would not have time to talk about it.

Yes, of course. Actually, there are no real recommendations or guidelines specific to the aging person in the *Canada Food Guide*. As I said before, areas exist where the recommendations should be adjusted, or where a nuance should be added, and, in some cases, the recommendations should be completely changed.

For example, I was speaking about the optimal weight. Over the last ten years, we have observed, we are not sure why but it is a fact, that all the people who are in the overweight range of the body weight index criteria live longer or are in better health, and they cope better than the others. This always pleases people when I say that.

The strong message about obesity that we hear nowadays is correct; there is a problem with obesity. As people age, they are very receptive to public health messages. Very often people will restrict their diet to respond to this message because the recommendation says that this way they will avoid all these diseases. However, we have to be very prudent in the public health messages, and we definitely need to revise the food guidelines and adapt them to the aging person.

J'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de constater que l'accès à l'alimentation et la difficulté de préparer étaient souvent les raisons pour lesquelles les personnes changeaient de milieu de vie et décidaient d'aller en résidence. Pour moi, c'est absolument honteux que ce service qui est tout simple ne puisse pas être offert alors qu'on a plusieurs autres services. On a des services de livraison de repas. Il pourrait y avoir des services d'aide à la préparation de repas qui puissent aider ces personnes à rester chez elle. Je pense que dans un programme de soins à domicile, c'est essentiel d'avoir cet aspect.

Vous savez, on ne se rend pas compte quand on n'a pas d'incapacité ou qu'on n'a pas de difficulté relativement à cela, mais on mange trois fois par jour. On aime bien manger et avoir des aliments sains. On mange trois fois par jour et il faut aller faire l'épicerie au moins une fois par semaine.

Toutes ces activités qui sont reliées à l'alimentation peuvent devenir très problématiques quand la personne commence à être fragile, quand l'hiver, les trottoirs sont trop glacés pour sortir. C'est vraiment un des domaines qui est le plus affecté et rapidement chez la personne qui se fragilise.

Donc, pour moi, oui, c'est essentiel.

[Traduction]

La présidente : Permettez-moi d'intervenir brièvement à ce sujet. Vous avez parlé dans vos remarques des lignes directrices. Pensez-vous qu'il faudrait modifier le *Guide alimentaire canadien* afin qu'il y soit expressément question des personnes de plus de 65 ans, ou de je ne sais trop quel âge?

Dre Payette : Je suis heureuse que vous posiez la question. Je voulais en parler dans mon exposé, mais j'ai pensé que je n'aurais pas le temps de le faire.

Oui, bien sûr. À l'heure actuelle, le *Guide alimentaire canadien* ne comprend pas vraiment de recommandations ou de lignes directrices visant expressément les personnes âgées. Comme je l'ai déjà indiqué, il y a des parties du guide où les recommandations pourraient être rajustées, il y en a d'autres où des nuances pourraient être ajoutées et, dans certains cas, les recommandations pourraient être changées du tout au tout.

Je songe, par exemple, au poids optimal. Depuis 10 ans, nous avons constaté — nous ne savons pas trop pourquoi, mais c'est un fait — que tous ceux qui sont en surpoids par rapport au critère de l'indice de masse corporelle vivent plus longtemps ou sont en meilleure santé, et ils se tirent mieux d'affaire que les autres. Les gens sont toujours heureux de m'entendre dire cela.

Les avertissements sérieux que nous entendons de nos jours au sujet de l'obésité sont fondés; il y a effectivement un problème d'obésité. Au fur et à mesure que les gens vieillissent, ils deviennent très sensibles aux messages sur la santé publique. Bien souvent, les gens vont limiter leur consommation d'aliments à la suite de ces avertissements, car on leur dit qu'ils pourront ainsi éviter toutes ces maladies. Il faut toutefois être très prudent quand il s'agit de transmettre des messages de santé publique, et nous devons certainement réviser les lignes directrices alimentaires et les adapter aux personnes vieillissantes.

The last version of the Canada's Food Guide has some specific recommendations for the elderly, but it is not enough. The reason is that we do not know enough right now; we need more research to be clearer about the message. To give the wrong message to people would be very dangerous for the quality of life and health as well.

Dr. Cunneen: I agree with Dr. Payette. I think there is also a balance, however. We tend to "overmedicalize" disease processes and forget a little bit about the public health aspect. We need to send a message about nutrition and prevention and to improve the *Canada Food Guide* to make it applicable to all age groups. We have also created a bureaucracy around nutrition. Now, we have to look at the label to be sure of what we are eating. In fact, the healthiest foods are the ones without any labels.

There is the message about improving the food guide, but there is also the message that we have, at least in Quebec — and maybe it is national — about the 5-30 business: five fruits and vegetables and 30 minutes of exercise every day. Let us simplify what we can simplify, do better research and improve the guidelines, but let us not make the message too complex because people do not get it; we do not actually need to make it more complex.

Senator Cools: I would like to thank the three of you for coming before us. In so doing, I would like to thank you for your work as doctors in this field, this necessary and emerging field.

I would also like to take the opportunity to thank Dr. Keon. Dr. Keon is a very special human being and has devoted a great part of his life to the practice of medicine in a very specialized way. Many people do not know that he is equally devoted to being a good senator and brings to the Senate his great knowledge of this medical system. I just wanted to thank you for that, Dr. Keon.

I wonder if you could articulate a little more about nutrition elements, such as more protein for the aging population. You said that food in these institutional settings is the highest area of profit — I had no idea. I wonder if you could elaborate very quickly on that.

In addition, one of you talked about the increasing incidence of Alzheimer's disease and type 2 diabetes in today's communities.

Dr. Payette: I will start with proteins. The recommended intake of protein for adults is .8 gram per kilogram of body weight. However, research has shown that when you are feeding this amount of protein to elderly people, they will slowly use their muscle protein to have a sufficient amount of protein to build tissue and so on.

La dernière version du *Guide alimentaire canadien* comprend des recommandations qui visent tout particulièrement les aînés, mais cela ne suffit pas. C'est que nos connaissances sont encore incomplètes; il faudrait plus de recherche pour pouvoir transmettre un message plus clair. Il peut également être très dangereux pour la qualité de vie et la santé des gens de leur transmettre un message erroné.

Dr. Cunneen : Je suis d'accord avec Mme Payette, mais je crois qu'il faut aussi en arriver à un certain équilibre. Nous avons tendance à « surmédicaliser » le traitement des maladies et à oublier quelque peu le volet santé publique. Il nous faut transmettre un message au sujet de la nutrition et de la prévention, et il faut améliorer le *Guide alimentaire canadien* pour qu'il soit applicable à tous les groupes d'âge. Nous avons également bureaucratisé la nutrition. De nos jours, il faut regarder l'étiquette pour savoir exactement ce que nous mangeons. En fait, les aliments les plus sains sont ceux qui n'ont pas d'étiquettes.

Il y a le message en ce qui concerne les améliorations à apporter au guide alimentaire, mais il y a aussi le message que nous avons, du moins au Québec — et c'est peut-être vrai à l'échelle nationale — au sujet de la formule 5-30 : cinq portions de fruits et légumes et 30 minutes d'exercice par jour. Faisons en sorte de simplifier ce que nous pouvons simplifier et d'améliorer la recherche et les lignes directrices, mais ne rendons pas le message trop complexe parce que les gens ne le comprendront pas; en fait, il n'est pas nécessaire de le rendre plus complexe.

Le sénateur Cools : Je tiens à vous remercier tous les trois d'être venus témoigner devant nous. Ce faisant, je tiens aussi à vous remercier pour le travail que vous faites en tant que spécialistes dans ce domaine qui est nouveau et qui répond à un véritable besoin.

Je profite également de l'occasion pour remercier le Dr. Keon. Le Dr. Keon est un être humain bien spécial, qui a consacré une bonne partie de sa vie à la pratique de la médecine, dans un domaine très spécialisé. Bien des gens ne savent pas qu'il est tout aussi dévoué en tant que sénateur et qu'il apporte au Sénat la très grande connaissance qu'il a du régime des soins de santé. Je tenais simplement à vous remercier pour cela, docteur Keon.

Je me demande si vous pourriez nous en dire un petit peu plus au sujet des éléments liés à la nutrition, comme la nécessité d'accroître la consommation de protéines parmi la population vieillissante. Vous avez dit que l'alimentation est la composante la plus rentable des centres d'accueil — je n'en avais pas la moindre idée. Je me demande si vous pourriez, très rapidement, nous en dire un peu plus à ce sujet.

En outre, un de vous a parlé du nombre croissant de personnes qui souffrent d'Alzheimer et de diabète de type 2 de nos jours.

Dre Payette : Je vais commencer par les protéines. La dose de protéines recommandée pour les adultes est de 0,8 gramme par kilogramme de masse corporelle. La recherche nous montre toutefois que cette dose n'est pas suffisante pour les personnes âgées, qui se mettent graduellement à puiser dans leur protéine musculaire pour avoir la quantité de protéines nécessaire pour la formation des tissus et le reste.

Many people do not even eat .8 gram of protein per kilogram of weight per day. That is not adjusted yet in the guidelines, but I hope it will be in the next few years as research builds and convinces people of the need to increase the recommendation for protein.

We have to be aware that as a person reduces the total intake, the amount of food the person eats, if the person does not eat enough calories, the person will use protein as a fuel. Protein should be devoted to building tissue; it is not to fuel. It becomes worse when the diet, as it is with many people, is low in calories because the amount of protein they get from that diet is used as fuel. Protein is not very often raised as a problem in our population because we have all the food needed to have enough protein, but it becomes a problem in the older groups.

As for the food in the residences, research that shows that the quality and the quantity of the food are not adequate. First, this is due to a belief that older people should not eat much; and, second, food is quite expensive, so the private residences that have to make a profit will use this budget item to decrease their costs.

It happens more often than we would like to see.

Dr. Cunnane: You asked about Alzheimer disease and type 2 diabetes. Is that in the context of an increase in diabetes?

Senator Cools: You are suggesting that the incidences are increasing. I wonder if you could tell us a bit more about that.

Dr. Cunnane: Alzheimer's disease is a complex disease, and I do not want to give you the impression that we have any instant solutions to it. The major non-genetic risk factor is adult-onset diabetes. It is something that did not exist in the Aboriginal North American population 50 years ago. Now, it is the biggest single problem in the Aboriginal population in Canada by far.

It is a lifestyle issue. We can have susceptibilities that are different genetically, and people from different origins do have different inborn risks. However, we are exposing those risks, and that is why it takes off in certain populations.

Type 2 diabetes is a style of life; it is a question of activity and food intake — being overweight and the level of physical activity. My personal perspective is that the physical activity is the part that could change the risk of diabetes more than changing what

Nombreux sont ceux qui ne mangent même pas 0,8 gramme de protéine par kilogramme de poids par jour. Les lignes directrices n'ont même pas encore été rajustées en ce sens, mais j'espère qu'elles le seront d'ici quelques années, au fur et à mesure que les recherches se multiplieront et que nous comprendrons qu'il faut augmenter la dose recommandée de protéine.

Nous devons être conscients du fait que, au fur et à mesure qu'une personne réduit sa prise alimentaire, la quantité d'aliments qu'elle ingère, il se peut qu'elle ne consomme pas assez de calories et qu'elle doive utiliser les protéines comme source d'énergie. Or, les protéines devraient servir, non pas à donner de l'énergie, mais à la formation des tissus. Le problème est encore plus grave quand la personne ne consomme pas assez de calories, comme c'est bien souvent le cas, car les protéines qu'elles consomment sont utilisées comme source d'énergie. Il n'arrive pas souvent qu'on parle des protéines comme étant un problème pour notre population, parce que nous avons tous les aliments dont nous avons besoin pour avoir assez de protéines, mais c'est un problème pour les personnes plus âgées.

Pour ce qui est de l'alimentation offerte aux personnes vivant dans des résidences, les recherches montrent que la qualité et la quantité de ces aliments sont insuffisantes. Premièrement, cela s'explique par le fait qu'on s'imagine que les personnes âgées ne mangent pas tellement; deuxièmement, les aliments coûtent très cher, si bien que les résidences privées qui doivent réaliser un bénéfice se servent de ce poste budgétaire pour abaisser leurs coûts.

C'est quelque chose qui se produit plus souvent qu'on ne le voudrait.

Dr Cunnane : Vous avez posé une question au sujet de l'Alzheimer et du diabète de type 2. En parliez-vous dans le contexte d'un accroissement du nombre de cas de diabète?

Le sénateur Cools : Vous nous avez dit que le nombre de cas était à la hausse, et je me demandais si vous pourriez nous en dire un petit peu plus à ce sujet.

Dr Cunnane : La maladie d'Alzheimer est une maladie complexe, et je ne veux pas vous donner l'impression que nous avons des solutions instantanées. Le principal facteur de risque non génétique est le diabète qui se déclenche à l'âge adulte. C'est là un phénomène qu'on ne constatait pas parmi les Autochtones de l'Amérique du Nord il y a 50 ans. De nos jours, c'est de loin le plus gros problème avec lequel la population autochtone du Canada est aux prises.

C'est une question de mode de vie. Nous avons des susceptibilités qui sont différentes sur le plan génétique; les gens de différentes origines ont des risques innés différents. Cependant, nous nous exposons ensuite à ces risques et c'est pourquoi les résultats se font sentir différemment dans certains groupes de la population.

Le diabète de type 2 est lié au mode de vie; c'est une question d'activité et d'alimentation — le fait d'avoir un excès de poids et de faire peu d'activités physiques. Je suis personnellement d'avis que l'activité physique est l'élément qui pourrait changer le risque

we eat. That is my perspective. Not everyone agrees with that, but we should definitely do something about physical activity for all sorts of reasons besides diabetes.

Therefore, if we have a problem with Alzheimer's disease and diabetes today, if we look ahead 20 or 30 years at the risk to our adolescents — and even our children now with obesity — we have a disaster on the horizon. It is a Titanic that needs its direction changed because the iceberg is not far away.

The Chair: An interesting study was done, as you know, in an Aboriginal community where they changed the diet of their people back to their earlier diet, which was filled with protein, oily fish and meat from the land, and all of a sudden, diabetes went down. It just adds to the debate.

Dr. Hébert: I want to raise one more quick point on palliative care. Palliative care is seen as care for people dying from cancer at a younger age. We should probably shift that to end-of-life care because older people usually die from cancer but also from dementia and cardiovascular disease. We should foster end-of-life care in the older population. I hope that the document will broaden the notion of palliative care in order to encourage older people to seek out those services when they are dying.

The Chair: Thank you, Dr. Hébert.

As you know, senators, palliative care is a pet cause of mine, but in addition, that is where I first met Dr. Hébert, and that is why we are in Sherbrooke today.

I want to thank Dr. Hébert, Dr. Payette and Dr. Cunnane for their wonderful presentations this morning. I know you will see your ideas reflected in our final report, which we hope to table on September 30 because October 1 is the International Day of Older Persons, and we thought that that would be an appropriate day for us to table this report in the Senate.

[Translation]

Honourable senators, we will now be moving to our second round table. It is a pleasure for us to welcome from the Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés, Ms. Sylvie Morin and from Agence Continuum inc., Ms. Hélène Gravel.

Hélène Gravel, Chair, Agence Continuum inc.: Madam Chair, thank you very much for welcoming us here this morning. Agence Continuum is a private recruitment firm specializing in return to work for pre-retired and retired individuals.

de diabète, plus que de changer ce que l'on mange. C'est mon point de vue. Tout le monde n'est pas d'accord avec cela, mais nous devrions certainement faire quelque chose pour promouvoir l'activité physique, pour une foule de raisons, en plus du diabète.

Par conséquent, si on a aujourd'hui un problème avec la maladie d'Alzheimer et le diabète, si l'on se projette 20 ans ou 30 ans dans l'avenir, compte tenu du risque que courent nos adolescents, et même nos enfants qui souffrent aujourd'hui d'obésité, nous avons un problème à l'horizon. C'est un Titanic dont il faut absolument changer le cap, parce que l'iceberg n'est pas très loin.

La présidente : Comme vous le savez, une étude intéressante a été faite dans une collectivité autochtone où l'on a changé le régime alimentaire pour revenir au régime antérieur comportant beaucoup de protéines de poisson gras et de gibier, et tout à coup, le taux de diabète a diminué. Cela vient alimenter le débat.

Dr Hébert : Je veux soulever rapidement un point sur les soins palliatifs. Les soins palliatifs sont vus comme des soins dispensés aux gens relativement jeunes qui se meurent d'un cancer. Nous devrions probablement changer cette perspective pour se tourner plutôt vers les soins dispensés de la vie, parce que les personnes âgées meurent habituellement du cancer, mais aussi de démence et de maladies cardiovasculaires. Nous devrions favoriser les soins au terme de la vie parmi les vieillards. J'espère que le document élargira la notion de soins palliatifs afin d'encourager les personnes âgées à rechercher ces services dispensés aux mourants.

La présidente : Merci, docteur Hébert.

Comme vous le savez, chers collègues, les soins palliatifs sont une cause qui me tient à cœur, mais en outre, c'est dans le cadre de ce dossier que j'ai rencontré pour la première fois le Dr Hébert, et voilà pourquoi nous sommes à Sherbrooke aujourd'hui.

Je tiens à remercier le Dr Hébert, la Dre Payette et le Dr Cunnane de leurs excellents exposés de ce matin. Je sais que vos idées seront reflétées dans notre rapport final que nous espérons déposer le 30 septembre, parce que le 1^{er} octobre est le Jour international des personnes âgées et nous avons pensé que ce serait bien que nous puissions déposer notre rapport au Sénat ce jour-là.

[Français]

Honorables sénateurs, passons maintenant à notre deuxième table ronde. Nous avons le plaisir d'accueillir, de l'Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aux aînés, Mme Sylvie Morin, et de l'Agence Continuum inc., Mme Hélène Gravel.

Hélène Gravel, présidente, Agence Continuum inc. : Madame la présidente, merci beaucoup de nous accueillir ici ce matin. L'Agence Continuum est une agence privée de recrutement, mais avec une spécialité de retour à l'emploi des personnes préretraitées et retraitées.

The agency was born out of an obvious need: on one hand, the aging population, and on the other a shortage of labour; we also knew full well that our corporations were going to need qualified competent labour and we believe that the pool of pre-retired and retired individuals met these criteria very well.

At the same time, I must admit we have been operating for two years and have met with a number of retired people who spent their lives working in a variety of areas of activity. There is one constant, after people have retired for a year or two, and I am referring to people between 52 and 70, which is that they did have big retirement dreams. They thought they would travel, do certain things they had never done. After two years these people generally realize they face some boredom and their self-esteem has dropped considerably.

You cannot forget that these are people whose identity, over the course of their lives, revolved around what they did and not necessarily who they were. So, there is a great deal of distress among some of our candidates, who say: "What am I going to do now for the rest of my life?"

As you know, life expectancy is increasing, by one year every four years, and this period of professional inactivity becomes an increasingly heavy burden to bear for them.

Increasingly, businesses are interested in rehiring people who are slightly older. They are incredible human resources, extremely competent, and tremendously reliable. If you were to compare them say to generation Y today, they are completely different. But make no mistake; it is much more difficult for us to find adequate employment for some people than it is for others.

What we have chosen to do is to think outside the box and innovate. We tried to assess needs and offer services which could be provided by these people. We offer two very simple services. First of all, we offer private chauffeur services. Clearly that would apply most often to male retirees that we also have women who may choose to combat boredom by helping people who need to get around, for instance, to go to see their doctors. So, we have retirees, drivers, and many retired police officers working for us. It is reassuring for our clients and very convenient for people who unfortunately do not have family members to take them to their appointments. Our driver services also cover getting to conventions and any type of business travel. We often drive professionals, like university professors, to the airport.

The other service is one we call nannies at home. We have a list of retired people, most of whom are women, who come and help out young families. We know that these families are exhausted, and we also want to increase the birthrate, so we wondered what we could do to give them a hand. Often the grandparents do not

La raison d'être de l'agence est née d'une constatation quand même assez évidente : d'une part évidemment, le vieillissement de la population, mais aussi la pénurie de main-d'œuvre, et aussi le fait qu'on savait pertinemment que nos entreprises allaient avoir besoin de main-d'œuvre qualifiée, compétente, et que le bassin des préretraités et retraités, selon moi, répondait très bien à ces critères.

En même temps, je vous avoue qu'on est en fonction depuis deux ans et cela nous a évidemment amenés à rencontrer plusieurs retraités qui ont œuvré toute leur vie dans plusieurs secteurs d'activités. Il y a un fil conducteur là-dedans qui est, d'une part, qu'après une prise de retraite d'un an ou deux, et là je vous parle de gens qui sont âgés entre 52 et 70 ans, on avait de grands rêves pour la retraite. On se disait qu'on allait pouvoir voyager, faire les activités qu'on n'a jamais fait. Au bout de deux ans, ces gens-là constatent qu'ils s'ennuient, et l'estime d'eux-mêmes a considérablement baissé.

Il ne faut pas oublier qu'on est face à des gens qui, toute leur vie, se sont identifiés à ce qu'ils faisaient et non pas nécessairement à ce qu'ils étaient. Donc, on fait face à énormément de détresse parmi certains de nos candidats qui se disent : « Qu'est-ce que je vais faire maintenant pour le reste de ma vie »?

Vous le savez, on vit de plus en plus vieux, on gagne une année maintenant tous les quatre ans, et cette période-là, d'inactivité professionnelle à leurs yeux, leur pèse de plus en plus.

De plus en plus, la société est intéressée à réengager des gens un peu plus âgés. Ce sont de formidables ressources humaines, des gens excessivement compétents, pour qui la fiabilité est exemplaire. Si on peut comparer, par exemple, à ce qu'on retrouve dans la génération « Y » actuellement, c'est complètement différent. Mais il ne faut pas se le cacher, il y a plusieurs personnes pour qui on a beaucoup plus de misère à trouver un emploi conséquent.

Ce qu'on a choisi de faire est de sortir un peu des sentiers battus et d'innover. On a essayé d'analyser les besoins de la population et d'offrir des services qui pourraient être comblés par ces gens-là. On offre deux services, qui sont très simples. D'abord, on offre le service de chauffeurs privés. Manifestement, ce sont des retraités plus souvent masculins, mais on a des femmes aussi, qui peuvent combler leur ennui en rendant service à des gens qui ont besoin de se déplacer, par exemple, pour aller voir le médecin. On a donc les personnes retraitées, chauffeurs, et on a beaucoup de policiers retraités qui travaillent pour nous. C'est donc rassurant pour notre clientèle et c'est fort pratique pour des gens qui malheureusement n'ont pas de famille qui peut les amener dans leur lieu de rendez-vous. Le service de chauffeur sert également pour des congrès et pour tout ce qui est voyage professionnel. On va reconduire beaucoup de professionnels, de professeurs d'université, par exemple, à l'aéroport.

L'autre service est ce qu'on appelle des nounous à domicile. On a une banque de retraités, plus souvent des femmes, qui viennent aider les jeunes familles. On sait que les jeunes familles sont essouffées, et on veut aussi augmenter le taux de natalité, alors on se dit, comment peut-on faire pour les aider? Souvent les grands-

live close by. I must say that at the moment we do not have enough caregivers to meet the demand, which is exponential. Every day, we hear about great success stories, when we manage to find the perfect match. These are often older women who, unfortunately, are living below the poverty line. In any case, in this region, this has become a real problem. So we help out with young families by providing them with a responsible individual for 20 to 40 hours a week. In addition, we pay these people \$10 an hour, and this helps them out tremendously.

I must tell you that the demand both for drivers and caregivers, which only accounts for a small part of what we do, is growing. I think that these services meet a real need that society is going to have to face up to. We will have to be more creative in trying to bring these two generations together — that is, young people, so as to encourage them to have more children, but also the older generation, by making them feel useful and enhancing their self-esteem.

We have other projects having to do with volunteerism. Last year, we introduced a program called Passing on the Passion. As you know, the school drop-out rate is about 34 per cent. We have a bank of retired professors from the University of Sherbrooke — and I must say that we did not make any money on this even though we are a private company — that come into high schools to encourage young people not to give up, and to pass on their passion for a particular subject.

Let me give you an example. I have a chemistry professor who goes and talks to a chemistry class and tells them that what gave him the guts to complete his education and to go a little further was this or that particular factor. So we are talking about life experience, not just academic concern. These people become models for the students. We try to spark the interest of these young people, because they really need some models.

So far, the success rate has been very good, and this mentorship program between volunteer professors and students is outstanding. The kids often are astounded that a university professor with a doctorate would take the trouble to sit down and talk with them as equals. That is something we hear quite often.

Once again, we are building the self-esteem of retired professors, who need to feel useful. But we are also building the self-esteem of these young people, which is something that is often forgotten.

The other project, the most recent one put forward by the agency, was not mentioned in the brief, because theoretically, it will be launched in September. This is a volunteer medical guidance clinic that uses the services of retired physicians. You know as well as I do that when we try to fill in some of the gaps, the problems with the health care network are everywhere. That is not true just in Quebec, but throughout Canada. Is there something that can be done to overcome the boredom experienced by some of our retired people and at the same time meet some of the other needs that exist in our society?

parents ne sont pas à proximité. Je vous avouerai qu'actuellement on est en pénurie de nounous, parce que la demande est exponentielle. Ce sont tellement de belles histoires que l'on voit au quotidien quand on réussit à faire le match parfait. Ce sont souvent des femmes âgées qui malheureusement, vous le savez, vivent sous le seuil de la pauvreté. En tout cas, ici dans la région, c'est réellement un problème. On vient aider des jeunes familles, avec l'apport d'une personne responsable, de 20 à 40 heures/semaine, et on vient aider une personne qui en a grandement besoin monétairement, avec un salaire de 10 \$ l'heure.

Je vous avouerai que les demandes tant pour les chauffeurs que pour les nounous, qui représentent une petite partie de ce que l'on fait, sont en croissance. Je pense que ces services répondent à un réel besoin et que la société va devoir y faire face. On devra être plus créatif pour essayer de marier ces deux générations, c'est-à-dire les besoins des jeunes pour les encourager à faire, notamment, plus d'enfants, mais aussi pour aider les gens plus âgés à se sentir utiles, et travailler sur l'estime d'eux-mêmes.

On a d'autres projets qui font référence au bénévolat. On a lancé, l'année dernière, un projet qui s'appelle Transfert de passion. Vous savez ici que le taux de décrochage scolaire est de l'ordre de 34 p. 100. On a une banque de professeurs retraités de l'Université de Sherbrooke, — et je vous avouerai qu'on ne fait pas d'argent avec cela même si on est une entreprise privée — qui vont faire des conférences dans les écoles secondaires pour dire aux jeunes de ne pas lâcher, et de transmettre une passion pour une matière.

À titre d'exemple, j'ai un professeur de chimie qui va parler à une classe de chimie et qui dit, « Moi, ce qui m'a donné les *guts* de terminer mes études et d'aller un peu plus loin c'est telle chose ». Alors, c'est une expérience de vie, ce n'est pas juste académique, au contraire ils deviennent des modèles. On essaie de la ranimer la petite flamme dans les yeux de ces jeunes-là, qui ont un grand besoin de modèles.

Le taux de succès jusqu'à présent est fort intéressant, et ce mentorat, entre des professeurs bénévoles et des jeunes, est exceptionnel. Il y a souvent des jeunes qui nous disent, « Wow! Un prof d'université avec son PhD prend la peine de s'asseoir avec moi et de me parler comme un égal ». Cela, on l'entend souvent.

Encore une fois, il y a l'estime de soi des professeurs retraités qui ont besoin de se sentir utiles qui entre en ligne de compte, mais aussi la hausse de l'estime de soi pour un jeune qui souvent est laissé pour compte.

L'autre projet, le dernier né de l'agence, je ne l'ai pas indiqué dans le mémoire parce qu'en principe, il va être lancé en septembre, c'est une clinique d'orientation médicale bénévole composée de médecins retraités. Quand on essaie de combler des lacunes, vous le savez comme moi, les problématiques du réseau de la santé sont généralisées, ce n'est pas juste au Québec, c'est partout au Canada. Est-ce qu'il y a quelque chose qu'on peut faire qui viendrait combler, justement, encore une fois l'ennui de certains de nos retraités et les besoins de la société?

This is a medical clinic staffed by volunteer retired physicians. You should see what great resources we have and how generous people can be: these doctors are working voluntarily between 8 and 20 hours a week.

What are their reasons for doing this? First of all, they do not need money. That is the first point. They want to be part of a group, they miss their colleagues. These are people who worked very hard all their lives and they need to continue giving. The reason they went into medicine in the first place was to look after people, to have them get well. What they have been telling us is that they had so little time to sit down and talk to their patients in the last years, and now, if they feel like spending an hour with a patient, they can do so.

So we are trying to meet needs and at the same time take advantage of all this outstanding expertise and generosity of people in pre-retirement or retirement.

Sylvie Morin, Coordinator, Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés: Good morning, Madam Chair. I am the coordinator of the Association estrienne pour l'information et la formation pour contrer les abus faits aux aînés (AEIFA). This is a community group that has been in place for the last 15 years here in the Eastern Townships. We are also a regional body, and we cover a huge area made up of 88 municipalities counting Sherbrooke and its seven MRCs (regional municipalities). We serve some 300,000 people.

In the last five years, we have carried out over one thousand interventions. Each of these interventions involves the interaction of four to five people. Where seniors are involved, the AEIFA has met with between 4,000 and 5,000 individuals in the last few years.

We are also on various round table groups and we provide training in schools.

We know there is hope. We try to raise the awareness of seniors and inform them to fight abuse, and we see that progress has been made. When seniors are better informed, they talk more about their situation.

The AEIFA meets with seniors to make them more aware of the problem. There are different types of meetings: we go to day centres for seniors, to their living rooms, and to retirement residences and seniors' clubs. In addition, we work directly with seniors at our office or in their homes.

According to our calculations, we have met with approximately 30,000 seniors in recent years.

We have also trained a number of volunteers so as to increase our efforts to fight abuse.

Since the beginning of 2008, we have been getting two or three calls on average a week from individuals who are looking for some help with problems having to do with abuse.

C'est une clinique médicale composée de médecins retraités bénévoles. Vous devriez voir jusqu'à quel point on a de belles ressources et des gens qui sont généreux, des médecins qui travaillent bénévolement de 8 à 20 heures par semaine.

Les raisons pour lesquelles ils le font? D'une part, ils n'ont pas besoin d'argent, c'est la première chose. Ils veulent se retrouver en groupe, ils s'ennuient de leurs collègues. Ce sont des gens qui ont travaillé comme des fous toute leur vie et ils ont besoin de donner. La raison même de leurs études était au départ de soigner, de guérir. Ce qu'ils nous disent dans les dernières années est : « On n'a tellement pas eu le temps de s'asseoir avec notre patient et maintenant si on a le goût de passer une heure, pouvez-vous s'il vous plaît nous laisser passer une heure avec eux? »

C'est d'essayer de combler des besoins et de profiter de cette manne exceptionnelle d'expertise, de bonté et de générosité qui s'appelle les personnes retraitées et prérétraitées.

Sylvie Morin, coordonnatrice, Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et aînés : Madame la présidente, bonjour. Je suis coordonnatrice pour l'Association estrienne pour l'information et la formation pour contrer les abus faits aux aînés (AEIFA). C'est un organisme communautaire qui existe depuis 15 ans ici dans la région de l'Estrie. On est aussi un organisme régional, et nous couvrons un vaste territoire comprenant 88 municipalités avec Sherbrooke et ses sept MRC, ce qui nous donne un bassin de 300 000 habitants.

Dans les cinq dernières années, nous avons accompli plus d'un millier d'interventions. Quand on pense que dans chacune des interventions, il va y avoir en interaction quatre à cinq personnes. Dans un processus d'intervention avec les aînés, on va parler entre 4 000 et 5 000 personnes qui ont été rencontrées par l'AEIFA au cours des dernières années.

De plus, on siège à plusieurs tables de concertation et on donne de la formation dans les écoles.

Nous, on sait qu'il y a de l'espoir. Dans notre effort de sensibiliser et d'informer les aînés pour contrer la maltraitance, nous sommes à même de constater une évolution. Mieux informés, les aînés parlent davantage de leur situation.

L'AEIFA rencontre les aînés afin de les sensibiliser, et on le fait par le biais de différentes rencontres. On va dans les centres de jour, dans les salons des aînés, dans les résidences pour personnes aînées et les clubs d'âge d'or, et ce, en plus des interventions directes qui ont lieu au bureau ou chez les personnes.

D'ailleurs, à ce compte-là, on calcule qu'on a rencontré en moyenne environ 30 000 aînés pour les sensibiliser au cours des dernières années.

Enfin, on a aussi formé plusieurs bénévoles comme agents multiplicateurs pour contrer la maltraitance.

Si on se situe depuis le début de l'année 2008, on a en moyenne par semaine deux à trois appels de personnes nous sollicitant de l'aide pour des problèmes relatifs à la maltraitance.

Most often, the family is involved. In other words, the son, the grandson, the daughter, the spouse, the brother or the sister. And the root of the problem very often has to do with money.

In addition, the AEIFA is involved with the schools to provide training about abuse. For example, we talk to seniors a great deal, but there are also the attendants, for example, the front-line workers in the day centres and in hospitals.

We consider this very important, because a study has shown that on average 15 to 18 per cent of future graduates were victims of abuse or violence themselves, and may also have various problems themselves. We often see people in high school equivalency programs. These are adult education programs for people who want to go back to school. If they pass the equivalency test, they do not have to go through Grades 7, 8 and 9.

Our organization has a different way of working with seniors. Why? Because it is important that seniors trust the people they are dealing with, and they need to feel that the information they will disclose will be taken seriously. It is essential that a senior is made to feel comfortable when the senior is on the point of disclosing something. Elderly people do not want to have the feeling they are wasting our time. They are always afraid that they are bothering us.

So it is very important to give them the time they need and not to hurry them along, and to respect the kind of help and support the elderly person is looking for. They are extremely afraid of the police and of legislation. We have to visit them regularly so they can begin to feel comfortable and ultimately contact an organization or a person on regular basis.

It is also important to point out that not saying anything strengthens the position of the abuser. Every time I speak to seniors in their residences, it is something I always strongly emphasize.

We have determined that it takes an average of between 10 and 15 hours to help and prepare seniors who need help. It makes a huge difference if elderly persons have the feeling they have outside support and can take control of their lives again.

As you can see, for the AEIFA, elder abuse is our greatest concern. When we read the report, we felt it did not address elder abuse enough, and so was not as good as it could have been.

In our opinion, the Canadian government, in its role as an umbrella organization, could develop better regulations, legislation, programs and policies focused on prevention, awareness, detection and, in particular, intervention, to root out elder abuse.

Le type d'intervention le plus fréquemment rencontré est souvent le type familial, c'est-à-dire que cela va toucher beaucoup le fils, petit-fils, fille, conjoint, frère, sœur, et le cœur des problématiques que nous allons souvent retrouver est au niveau de l'argent.

Aussi, l'AEIFA s'implique auprès des écoles afin de donner de la formation, toujours en lien avec la maltraitance. À titre d'exemple, on parle beaucoup à des aînés, mais il y a aussi une base, à titre d'exemple, les préposés aux bénéficiaires sont les gens de première ligne qui se retrouvent aux centres de jour, au niveau des hôpitaux.

Pour nous, c'est très important, car il a été démontré dans une étude, qu'en moyenne, entre 15 et 18 p. 100 des futurs diplômés ont subi eux-mêmes de la maltraitance ou de la violence et peuvent être aussi porteurs de différentes problématiques. La porte d'entrée, aussi, via ces formations-là est souvent par le biais d'un « Tens ». Un « Tens », c'est au niveau de la formation des adultes, quelqu'un qui veut retourner à l'école, passer un examen et s'il est réussi, les gens n'ont pas à traverser le Secondaire I, II, III.

Pour l'AEIFA, l'intervention avec la clientèle des aînés est différente. Pourquoi est-ce différent? Parce que c'est important la mise en confiance, et que les aînés se sentent accueillis dans leur dénonciation. Le savoir-être est primordial lors d'une intervention avec une personne aînée. La personne aînée ne veut pas prendre de notre temps. Ils ont toujours peur de déranger.

C'est donc très important de laisser la place et de ne pas bousculer dans le temps, et de respecter ce que la personne désire comme aide et comme soutien. Ils ont très peur de la police et des lois. Il faut aller voir les aînés régulièrement afin qu'ils puissent se sentir à l'aise et entrer en contact avec un organisme ou une personne de façon récurrente.

Il est important de leur souligner aussi que le silence donne de l'emprise à l'abuseur. Chaque fois que je vais en rencontre dans les centres, j'insiste énormément là-dessus.

Enfin, nous constatons qu'une moyenne de 10 à 15 heures est généralement nécessaire afin d'aider et de bien outiller les personnes qui demandent de l'aide. Le sentiment d'être soutenu et de pouvoir reprendre un certain contrôle de leur situation a un effet extrêmement positif sur eux.

Comme vous pouvez le constater, pour l'AEIFA, la maltraitance est au cœur de nos préoccupations. Pour nous, à la lecture du rapport, on dénote une certaine faiblesse, car on avait l'impression qu'il n'y avait pas beaucoup d'information ou d'importance donnée à la maltraitance.

Selon l'AEIFA, le gouvernement canadien par son rôle d'encadrement pourrait mettre davantage de l'avant des règlements, des lois, des programmes, des politiques, pour faciliter la prévention, la sensibilisation, la détection et enfin, surtout, l'intervention, toujours pour contrer la maltraitance.

The New Horizons Program is, in our view, a good way of helping organizations which work with seniors, but the ideal would be to create an ongoing program which would support recognized organizations working in this sector to continue their fight against elder abuse and maintain the expertise they have acquired over the years.

This would allow organizations to save a lot of the time they would otherwise put into funding applications and help allay financial concerns with regard to the availability of funding for the next year.

[English]

The Chair: Ms. Gravel, I would like to know a bit more about this medical orientation clinic. I saw something about it on national television. I wondered if it was the same program because, I must admit, I did not pick up on the location. These are doctors who are neither giving prescriptions nor doing surgeries; all they are doing is essentially sitting down with patients to talk to them about their problems and who they should see or when they should see someone. Is that how this program works?

[Translation]

Ms. Gravel: We have been told that the biggest problem is referring each patient to the appropriate service in the interest of saving time, because sending them to the hospital emergency rooms is not always the best solution, but that is what usually happens.

In this case, I must admit that the project is constantly changing. What we decided to do, along with the Collège des médecins du Québec, is to only pay the premium for retired physicians, which authorizes them to write prescriptions. For example, if you need to see your doctor quickly, but can't, you can always get a prescription for a retired physician.

So what we are basically talking about is a referral service. The physician will make a diagnosis, that is an obligation, but the physician has been doing this for 30 or 40 years. However, minor surgery will not be carried out at the clinic. The first thing that will be done is to assess how serious a patient's case is.

So if you need to see a specialist, the advantage of using these physicians is that they are connected to a network. Here in the Eastern Townships, between 25 and 30 per cent of the population does not have a family doctor. The first mission of the clinic would be to help those people. But they are not there to replace anyone else. The purpose of this undertaking would be, on the one hand, to generally reduce backlog in the medical system, and on the other hand to help people, for whom it is often difficult — let's not deny it — to quickly meet with a doctor, someone who will take the time to listen to them.

Obviously, the concept of a medical orientation centre is based on two observations: I was appalled to hear doctors say they were "bored," and second, family physicians were telling us: "We see the same patient five or six times a year, and even if we tell the patient that everything is fine and under control, the patient wants

Le programme Nouveaux Horizons est selon nous un bon moyen d'aider les organismes qui oeuvrent auprès de la clientèle aînée, mais idéalement la création d'un programme qui serait récurrent et qui permettrait aux organismes reconnus par le milieu de poursuivre son travail pour contrer la maltraitance et surtout pour ne pas perdre l'expertise acquise au fil des années.

Ainsi, cela permettrait aux organismes d'investir beaucoup moins de temps dans la recherche de financement et surtout de diminuer les inquiétudes monétaires à savoir s'il y aura des argents disponibles l'année suivante.

[Traduction]

La présidente : Madame Gravel, je voudrais en savoir un peu plus sur cette clinique d'orientation médicale. J'ai vu un reportage à ce sujet à la télévision nationale. Je me demandais si c'était le même programme parce que je dois admettre que je n'ai pas entendu où cela se situait. Il y a des médecins qui ne donnent pas d'ordonnances et ne font pas d'opérations; tout ce qu'ils font, c'est de rencontrer les patients pour discuter avec eux de leurs problèmes et les orienter vers une personne compétente, le cas échéant. Est-ce ainsi que ce programme fonctionne?

[Français]

Mme Gravel : Ce qu'on nous dit, c'est que la problématique majeure est de mettre le bon patient au bon endroit pour essayer de sauver du temps, et de ne pas nécessairement les envoyer à l'urgence, comme spontanément on a tendance à faire.

Dans cas-ci, et je vous avouerai que le projet est en constante évolution. Ce qu'on a choisi de faire, avec le Collège des médecins du Québec, c'est à l'intérieur du projet de ne payer que la cotisation pour médecins retraités, ce qui leur permet de donner des prescriptions, oui, mais c'est plus du renouvellement. Par exemple, si vous n'avez pas accès à votre médecin rapidement et vous en avez besoin, il n'y a aucun problème.

Effectivement, à la base, c'est de la référence. Donc, il va poser un diagnostic, c'est obligatoire, il l'a fait pendant 30, 40 ans. Par contre, il n'y aura pas de chirurgies mineures qui vont se faire à la clinique. Ce qu'on va faire c'est d'abord d'évaluer l'urgence du cas du patient.

Dans un premier temps, si vous avez besoin de voir un spécialiste, l'avantage de ces médecins est qu'ils ont un réseau. Ici en Estrie, il y a entre 25 et 30 p. 100 de gens qui n'ont pas de médecin de famille. Cette clinique, dans un premier temps, est spécifiquement faite pour ces gens-là. Ce n'est pas là pour prendre la place de quelqu'un d'autre, mais c'est vraiment pour essayer, d'une part, de désengorger le réseau dans son ensemble et aussi de permettre à des gens, qui sont souvent démunis, il ne faut pas se le cacher, d'avoir accès à une expertise médicale rapidement, et aussi d'avoir des gens qui vont prendre le temps de les écouter.

Évidemment, l'idée du centre d'orientation médicale est venue de deux constatations : je trouvais cela aberrant d'entendre des médecins dire « je m'ennuie », et deuxièmement, des médecins de famille nous disaient : « Nous, on voit le même patient cinq, six fois par année et même si on lui dit que tout va bien, tout est sous

to back simply to be reassured yet again.” Lastly, retired physicians are people whom we could go and see in case of an emergency. It comes down to the fact that people need to speak with someone with medical expertise.

In case of an emergency, the volunteer physicians will be able to directly refer a patient who is in serious distress to a specialist within the network the volunteer physicians are still connected with. But it will often turn out that the doctor will tell the patient to “take two aspirin, go home and get some rest,” which will reduce emergency wait times, among other things.

[English]

The Chair: It reminds me of being in an emergency room, as a young mother, with a child with asthma, who could not breathe, and asking another mother why her child was there; she had a splinter in her finger. I wanted to take the child somewhere where the mother could not see, take the splinter out and send the kid home. I obviously could not as I was not a physician. However, it addresses a very urgent issue, which is that we do have hospitals triaging, and they frequently need to have someone to assess the seriousness of the problem and if a physician needs to be seen immediately.

As a supplement to that, in terms of your drivers’ program, who pays for these drivers?

[Translation]

Ms. Gravel: The client. I have always maintained that the best solutions are often simple ones.

I would like to come back to something you said earlier on when you saw the woman with the child who had a splinter in a finger. Young mothers, for instance, get peace of mind from knowing that there is a doctor nearby in the neighbourhood. If you happen to meet the doctor and you have a concern, you will naturally ask him whether the problem is serious.

The volunteer orientation centre directs all these people to where they are needed the most. We need to use our imagination and never lose sight of the fact that, whatever happens in the next few years, there is a pool of extremely competent people who will be living longer and who will only ask to give back to society, if only to feel good about themselves. Sometimes they will need to be paid, and sometimes they will work on a volunteer basis.

Let me come back to the physicians. At one point, we asked them whether we should apply for a bigger grant so we could pay them. But they refused. How wonderful. Money is not the answer to everything.

contrôle, il veut venir me voir pour se faire rassurer encore une fois ». Finalement, les médecins retraités sont des gens qui dans des cas d’urgence on pourrait voir à leur place. Finalement, les gens ont besoin de parler avec une personne qui a une expertise médicale.

Par la suite, à partir du moment où l’urgence aura été signalée ou non, les médecins bénévoles, par le réseau qu’ils entretiennent, seront en mesure, lorsque vraiment quelqu’un est en détresse profonde, d’appeler un spécialiste au besoin et de le référer directement. Souvent, ce sera de lui dire, « Prends deux aspirines, va chez vous et repose toi », ce qui vient, entre autres, désengorger les urgences.

[Traduction]

La présidente : Cela me rappelle la fois que je suis allée à l’urgence, quand j’étais une jeune mère, avec un enfant qui souffrait d’asthme, qui n’arrivait pas à respirer; j’ai demandé à une autre mère qui se trouvait là de quoi souffrait son enfant, et elle m’a dit qu’elle avait une écharde au doigt. J’ai eu envie d’amener l’enfant à l’écart de sa mère, de lui enlever l’écharde et de renvoyer les deux à la maison. Je ne pouvais évidemment pas le faire car je n’étais pas médecin. Cependant, cela nous ramène à une question très urgente, à savoir le triage que l’on fait dans les hôpitaux, où l’on a souvent besoin de quelqu’un pour évaluer la gravité du problème et décider si la personne doit être vue immédiatement par un médecin.

En guise de question supplémentaire, au sujet de votre programme de conducteurs, qui paye ces conducteurs?

[Français]

Mme Gravel : Le client. J’ai toujours dit que les meilleures solutions sont souvent issues de choses simples.

Juste pour revenir sur ce que vous disiez tout à l’heure quand vous avez vu la dame et l’enfant avec une écharde dans le doigt, lorsqu’on est une jeune mère, par exemple, une des choses qu’on aime savoir est que, dans notre quartier il y a un médecin à proximité. Si vous le croisez et vous avez une inquiétude, spontanément vous allez lui demander « Pensez-vous que cela est grave? ».

Le centre d’orientation de bénévoles vient canaliser ces forces-là et les rendre plus accessibles à l’ensemble de la population. C’est être un peu imaginatif et ne jamais perdre de vue, peu importe ce qu’on va faire dans les prochaines années, qu’il existe un bassin de gens ultra compétents qui vont vivre de plus en plus vieux et qui ne demandent que cela, en termes d’estime d’eux-mêmes, de redonner. Parfois, ils ont besoin d’être rémunérés et parfois, ce n’est pas nécessaire.

Vous savez dans le cas des médecins, je reviens là-dessus, à un moment donné on leur a dit, on pourrait demander de hausser la subvention et vous payer. Ils ne veulent pas. C’est magnifique. Tout ne se résout pas par l’argent.

We also determined that there was a need for more drivers. We are also encouraging people to carpool. For example, at the University of Sherbrooke, we encourage people to drive three to a car rather than each person taking their own car to get to the same meeting.

The client pays. There is a profit for the agency and drivers are paid \$10 an hour.

The same holds true for caregivers. Families call us because they are looking for the right caregiver. It is not a big expense. I must admit that we do not make much money off of that service. Thankfully, though, we are also involved in other things. That is why our team likes to undertake small projects and they do so with a smile. It also represents a better use of our human resources.

It is important to determine where the needs are in our society and in our environment and how these competent people, who have exceptional skills and who may be a little bored, can help fill the void.

I admit that attitudes are always changing. I think that not only are we helping our community and improving the quality of life of people, but it also improves the quality of life of our seniors because they feel useful.

We always have to try to project ourselves into the future: how am I going to feel in 20 or 30 years? What is going to motivate me to get out of bed in the morning?

I think that this has an impact on people's general health. I spoke about this issue at great lengths with Mr. Hébert and it is obvious that our health is clearly better when we feel useful and when we want to get up in the morning.

[English]

The Chair: Ms. Morin, you made a statement, and I do not disagree with it because I think you are absolutely right, but I want you to go into a little more detail. You said that money was at the heart of the problem with respect to incidences of abuse. Would you elaborate on that for me?

[Translation]

Ms. Morin: When I meet with seniors, they often start to talk about the types of mistreatment and how it occurs. We know that now people have a life expectancy of 82.

With respect to one factor, we do understand seniors' attitudes towards inheritance. I often raise this issue in the workshops, I often talk about this infamous inheritance where people to some extent feel that they owe their children something. But as the children reach the age of 50 and 60, they start putting more and more pressure on these seniors in order to get their hands on their money.

Pour les chauffeurs, on avait déterminé qu'il y avait un besoin au sein de la population. Ce qu'on encourage aussi, c'est le covoiturage. On aime bien, par exemple, à l'Université de Sherbrooke, mettre trois clients dans la même voiture plutôt qu'ils prennent chacun leur voiture lorsqu'ils vont à la même réunion.

C'est le client qui paye. Il y a une marge bénéficiaire pour l'agence et les chauffeurs sont payés 10 \$ l'heure.

Même chose pour les nounous. Les familles nous appellent pour trouver la bonne personne. Ce ne sont pas de gros frais. Je vous avouerai que ce n'est pas avec cela qu'on fait beaucoup d'argent. Heureusement, on fait d'autres choses. C'est ce qui fait en sorte que notre équipe fasse toujours ces petits projets avec le sourire. Cela est important aussi pour l'efficacité de nos ressources humaines.

Il faut toujours essayer de déterminer ce qui manque dans notre société, dans notre environnement, et comment ces gens compétents, qui sont exceptionnels et qui s'ennuient, pourraient venir combler ce besoin.

Je vous avouerai qu'une mentalité comme celle-là est en constante évolution. Je pense que non seulement on rend des services à notre communauté et on vient améliorer la qualité de vie des gens, mais on vient aussi améliorer la qualité de vie de nos aînés. Ils se sentent utiles.

C'est de toujours essayer de se projeter dans l'avenir : comment vais-je me sentir dans 20 ou 30 ans? Qu'est-ce qui me motive à me lever le matin?

Je pense que cela a un impact sur la santé en général des gens. J'en parlais longuement avec M. Hébert et c'est évident, quand on se sent utile et qu'on a plaisir à se lever le matin, notre santé est nettement meilleure.

[Traduction]

La présidente : Madame Morin, vous avez fait une déclaration, et je ne suis pas en désaccord avec vous, parce que je pense que vous avez absolument raison, mais je vous invite à nous donner un peu plus de détails. Vous avez dit que cet argent était au cœur du problème relativement aux cas d'abus. Pourriez-vous nous en dire plus long là-dessus?

[Français]

Mme Morin : Souvent quand je vais rencontrer des aînés et qu'on commence à parler des types de maltraitance et de quelle façon cela arrive. En ce qui a trait à l'espérance de vie, on sait que maintenant les gens peuvent espérer vivre jusqu'à 82 ans.

En ce qui concerne un premier facteur, on sait que la mentalité des aînés face à l'héritage, j'en parle souvent dans les ateliers, le fameux héritage où les gens se sentent d'une certaine façon redevables aux enfants. Mais comme les enfants arrivent à 50 et 60 ans, il s'exerce de plus en plus de pression envers les aînés pour soutirer des sous.

A second factor that is just as important is when the son or daughter has gambling or financial problems and maintains a very regular relationship with a parent based on this need for money. We see horror stories involving parents who are 70 or 75 years of age with a child who has just about gone through all of the inheritance. This is often done under pressure.

That is truly the reason for the mistreatment. Often the elderly person does not even realize that he or she is being mistreated because, as far as he or she is concerned, as I explained earlier, the inheritance is part of the family, so it becomes complicated.

[English]

Senator Keon: Ms. Gravel, I thought your presentation was extremely interesting because it embraces the potential of private-public relationships and what they can do.

I was driven to the airport in a limousine by a senior woman, who told me that she does it because it compensates for her boredom. She does not need the money. She had enough money to buy the limousine, and she said that she gets paid enough to make her operation feasible. This woman devotes a great deal of her time driving people to and from one of the hospitals, and so forth, on a voluntary basis.

I just thought what a wonderful opportunity to harness all this wealth and human energy.

Is there any move toward some sort of networking? Large national organizations are not necessarily that good all the time. Good things usually happen at the community level.

Is there any sort of networking with your organization that can promote this type of wealth in human resources with seniors?

[Translation]

Ms. Gravel: At the outset, and I am repeating this, I run a private company. We recruit our labour at large.

We are already working with groups of retirees from the Sûreté du Québec throughout Quebec in order to provide a chauffeur service. The nanny service will soon be provided. I think that these are basic requirements just about everywhere.

We are really talking about corporate strategies. This is part of our medium-term objectives. The same thing applies when we talk about volunteer orientation centres, for which the company does not receive any money, and that is important. This is more my social side, which is quite highly developed.

Obviously, the telephones are ringing off the hook with people asking for volunteer medical clinics just about everywhere.

The answer to your question is yes, we do see an interest there, and I personally do as well.

Getting back to the chauffeur service, it is true that more and more people are going to be providing this service, either on a volunteer basis or for pay. However, I see another problem with that. Many people who are now working for me do so under the

Un deuxième facteur qui est aussi important c'est la problématique avec soit le fils ou la fille qui a des problèmes de jeux ou des problèmes d'argent, et qui va très régulièrement entretenir une relation avec son parent, mais une relation toujours monétaire. Nous voyons des histoires d'horreur concernant des parents âgés de 70, 75 ans, dont l'enfant a presque tout dilapidé l'héritage, et cela s'est fait souvent par pression.

Cela est vraiment au cœur de la maltraitance. Souvent l'aîné ne réalise même pas qu'il est en situation de maltraitance, parce que pour lui, comme j'expliquais tout à l'heure, l'héritage, cela fait partie de la famille, donc cela devient complexe.

[Traduction]

Le sénateur Keon : Madame Gravel, j'ai trouvé votre exposé extrêmement intéressant car il évoque le potentiel des relations entre le privé et le public.

J'ai été amené à l'aéroport dans une limousine conduite par une femme âgée qui m'a dit qu'elle faisait cela pour se désennuyer. Elle n'a pas besoin d'argent. Elle avait assez d'argent pour acheter la limousine et elle m'a dit que cela la payait suffisamment pour rentabiliser son activité. Cette femme consacre une grande partie de son temps à conduire bénévolement des gens en direction et en provenance des hôpitaux.

J'ai trouvé que c'était une magnifique occasion de tirer profit de cette richesse et de cette énergie humaine.

Fait-on des efforts pour établir des réseaux? Les grandes organisations nationales ne sont pas nécessairement aussi bonnes tout le temps. Ce qui se fait de bien est généralement fait au niveau communautaire.

Votre organisation fait-elle partie d'un quelconque réseau dans le cadre duquel on pourrait promouvoir ce type d'activités pour tirer profit des ressources humaines chez les personnes âgées?

[Français]

Mme Gravel : Dès le départ, je le répète, je suis une entreprise privée. On fait du recrutement de main-d'œuvre « at large ».

On travaille déjà avec des regroupements de retraités de la Sûreté du Québec un peu partout à travers le Québec pour le service de chauffeurs. Le service de nounous, cela s'en vient. Je pense que ce sont des besoins de base nécessaires un peu partout.

On parle vraiment de stratégies d'entreprise. Cela fait partie des aspirations à moyen terme. Même chose lorsqu'on a parlé des centres d'orientation bénévole, pour lesquels l'entreprise ne reçoit aucun sou, et cela c'est important. C'est plus mon côté social, qui est quand même assez développé.

C'est sûr que les téléphones sonnent pour qu'on ait cliniques médicales d'orientation bénévole un peu partout.

La réponse à votre question c'est oui, on y voit l'intérêt et j'y vois personnellement l'intérêt.

Pour revenir au service de chauffeurs, c'est vrai qu'il y a de plus en plus de gens qui vont reconduire, soit bénévolement ou avec rémunération. Par contre, je vois une autre problématique là-dedans. Plusieurs personnes qui travaillent maintenant pour moi

table, and I do not believe that as a society, we should be encouraging that. At any rate, that is not part of my personal value system. Now, this is a service that is organized and it is declared. It is important that this be mentioned as well.

I did not reinvent the wheel. There have always been chauffeurs. There will always be people who provide this service and who get paid under the table, and the same holds true for nannies. In both cases, these services are organized and declared, so I see another positive impact in this.

[English]

Senator Keon: Ms. Morin, it seems to me again that networking could be of tremendous benefit to the country in the type of thing that you are doing, that other people could benefit from you tremendously.

Do you think there is a need for some type of facilitation of networking? For example, through a knowledge exchange centre, which may be provincially located, or maybe cities could have a knowledge exchange centre that could network with other knowledge exchange centres so that the kind of information that you have available could be disseminated to other places.

Again, it seems that there is so much potential for doing good things in other areas with what you are doing.

Should we be advocating assistance to create a knowledge exchange across the country on a networking basis?

[Translation]

Ms. Morin: That is obvious to us because the organization was a precursor with regard to mistreatment. As I told you in the beginning, we have been around for 15 years and we know that this exists and we have developed an expertise with regard to intervention, information and awareness.

If there were other organizations similar to ours in other municipalities, organizations that would be set up and that would allow us to communicate and exchange information, this would clearly be extremely helpful; both for the organization and for all those who are not affected. Not everyone is going through the CLSC or through the hospitals.

For our part, I would say that we have succeeded in increasing interest through awareness and more information. The more work we do on the ground, the more we realize the importance of having an organization such as ours. Obviously, such an organization could work in other municipalities.

[English]

Senator Mercer: Ms. Gravel, your agency seems to me to be very unique in a field that will be growing, and I congratulate you for it.

We mainly talked about medical people and then about professors, drivers and babysitters.

le faisaient au noir, et je ne pense pas que comme société on puisse se permettre d'encourager cela. En tout cas, cela ne fait pas partie de mes valeurs à moi. Maintenant, c'est un service qui est organisé et qui est déclaré. C'est important de le mentionner aussi.

Je n'ai pas réinventé la roue. Les services de chauffeurs, il y en a depuis toujours. Les gens qui le font et qui se font rémunérer en dessous de la table, il y en aura toujours, et même chose pour les nounous. Dans les deux cas, ce sont des services qui sont organisés et déclarés, alors j'y vois un autre impact positif.

[Traduction]

Le sénateur Keon : Madame Morin, il me semble encore une fois que la mise en réseau pourrait être extraordinairement utile pour le pays dans le type d'activités que vous menez et que d'autres pourraient en bénéficier énormément.

Pensez-vous qu'il est nécessaire de faciliter la mise en réseau? Par exemple, au moyen d'un centre d'échange des connaissances qui pourrait être provincial ou peut-être que les villes pourraient mettre sur pied un centre d'échange des connaissances susceptible d'être mis en réseau avec d'autres centres semblables, de manière que l'information que vous possédez soit diffusée.

Encore une fois, il semble qu'il y a tellement de potentiel de faire ce que vous faites dans d'autres domaines.

Devrions-nous préconiser une aide pour créer un programme d'échange de connaissances d'un bout à l'autre du pays dans le cadre d'un réseau?

[Français]

Mme Morin : Pour nous, c'est évident, parce que l'organisme a été précurseur en ce qui concerne la maltraitance. Comme je vous mentionnais initialement, on est là depuis 15 ans et on sait que cela existe et qu'on a développé une expertise aussi au niveau de l'intervention, de l'information et de la sensibilisation.

Qu'il y ait dans différentes villes un organisme qui pourrait ressembler au nôtre, qui serait établi et qui permettrait aussi de communiquer et d'échanger entre nous, il est évident que ce serait très aidant; autant pour l'organisme que pour tous les gens qui ne sont pas touchés. Les gens ne passent pas tous par les CLSC, ne passent pas tous par les hôpitaux.

Nous, on réussit à susciter l'intérêt, je dirais, par la sensibilisation, par l'information. Plus on est sur le terrain, plus on se rend compte de l'importance d'un organisme comme le nôtre. C'est évident qu'un tel organisme pourrait se retrouver dans d'autres villes.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Madame Gravel, il me semble que votre agence est tout à fait unique dans un domaine qui est en pleine croissance et je vous en félicite.

Nous avons surtout parlé de praticiens de la santé et ensuite de professeurs, de chauffeurs et de puéricultrices.

Have you been able to identify and fill demands for other seniors who are retired or about to retire? Is the demand exclusively local to the Eastern Townships, or are there opportunities that are further afield, whether it be Montreal or Quebec City, or even outside of Quebec or outside of Canada?

[Translation]

Ms. Gravel: I must tell you that what we call generational help is a worthwhile enterprise throughout the country and not just in a specific region.

It is true that we are the first and only private recruiting agency to have a specialty niche market for pre-retirees and retirees. Initially, I was told that this would not work, that we would not be able to cover our costs. On the contrary. It is true that we have diversified our activities to some extent. What I have talked about here this morning relates to special projects.

I have the opportunity to sit on the advisory committee for employees aged 45 and up for the Government of Quebec. What we have noted, and what is unfortunate to see, and it is simply due to a lack of workers, is that our companies are turning increasingly to their current employees. They are trying to retain their current employees, but they are looking increasingly to slightly older employees to recruit workers. At present, and I experience this on a daily basis, we are having trouble recruiting workers in general.

So, a lot of work needed to be done to make our companies aware that it is highly worthwhile to have workers aged 55 and up for a number of years to come. Initially, unfortunately, our companies still believe that there are a lot of well-educated and well-trained young people available, and this is completely false.

Unfortunately, often before reacting, you have to have your back up against the wall. We are trying to make companies aware that they need to wake up now.

Today, we are placing engineers who retired two years ago and they are working in firms. We also place a lot of managers, which is greatly appreciated. These are people who for example worked their entire lives in management and who will work as consultants or managers for a company and as paid members of boards of administration, something we are asked for frequently, that is to fill positions within boards of administration with various retirees having exceptional experience.

You have all heard of Rona, which really was the first company to hire retirees. Obviously, this is one of our clients and we do business with them.

I will tell you that things have changed a great deal over the past two years, and now there is a demand in all sectors of activity. I do not need to tell you that retired nurses are being courted on bended knee in order to get them to come back into the system. It is a shame but that is how it is.

Avez-vous été en mesure de cerner la demande pour d'autres personnes âgées qui sont à la retraite ou sur le point de prendre leur retraite? Cette demande est-elle exclusivement locale, dans les cantons de l'Est, ou bien y a-t-il des possibilités ailleurs, que ce soit Montréal ou Québec, ou même à l'extérieur du Québec ou à l'étranger?

[Français]

Mme Gravel : Je vais vous avouer que ce qu'on appelle l'entraide générationnelle, a avantage à être exercé partout à travers le pays, pas juste dans une région donnée.

C'est vrai qu'on est la première et la seule agence de recrutement privée à avoir un créneau de spécialité pour les préretraités et retraités. Au départ, on me disait que cela ne fonctionnerait pas, qu'on ne serait pas capable de faire les frais. Au contraire. C'est vrai qu'on a diversifié un peu nos activités. Ce dont je vous ai parlé ce matin était dans le cadre de projets spéciaux.

J'ai la chance de faire partie du comité consultatif des employés de 45 ans et plus du gouvernement du Québec. Ce qu'on remarque, et qui est dommage de constater, et c'est simplement pour une raison de manque de main-d'œuvre, nos entreprises se tournent de plus en plus vers leur main-d'œuvre actuelle. Elles essaient d'avoir un phénomène de rétention auprès de leurs employés actuels, mais ils se tournent de plus en plus vers les employés un peu plus âgés pour recruter de la main-d'œuvre. Actuellement, et je le vis au quotidien, on a de la misère à recruter une main-d'œuvre en général.

Donc, il a fallu faire beaucoup de travail de sensibilisation auprès de nos entreprises pour dire, écoutez, une main-d'œuvre de 55 ans et plus c'est encore fort utile pendant de nombreuses années. Au départ, malheureusement nos entreprises pensent encore que la manne des jeunes bien éduqués et bien formés abonde, et c'est complètement faux.

Souvent, malheureusement, avant de réagir, il faut avoir le nez collé contre le mur. Ce qu'on essaie de faire afin de les sensibiliser, est de dire qu'il faut se réveiller maintenant.

Aujourd'hui, on place des ingénieurs qui ont pris leur retraite il y a deux ans, qui travaillent dans des cabinets. On place beaucoup de gestionnaires, ce qui est très apprécié. Ce sont des gens, par exemple, qui ont œuvré toute leur vie en gestion et qui vont être consultants ou engagés par une entreprise comme gestionnaires et comme membres rémunérés de conseils d'administration, ce qui nous est souvent demandé, de combler des postes au sein de conseils d'administration, de certaines personnes retraitées qui ont un bagage d'expériences exceptionnelles.

Vous connaissez tous Rona l'Entrepôt, qui a été un précurseur en termes d'entreprises qui ont engagé des personnes retraitées. C'est sûr que c'est un de nos clients et on fait affaire avec eux.

Je vous avouerai que les choses ont beaucoup évolué depuis deux ans, et maintenant la demande est dans tous les secteurs d'activités. Je n'ai pas besoin de vous dire que les infirmières retraitées, on se met à genoux pour les ramener dans le système. C'est dommage, mais c'est comme cela.

Now, we really see this in all activity sectors, but we still need to properly understand the conditions that those individuals will have. They no longer want to be subject to the pressure they experienced when they were young. They want to do things differently. They want to feel integrated into their new workplace. That is why everything related to human resources and the quality of life at work is important; we talk about this a lot in the area of health care, but we need to talk about it in all sectors of activity. This goes to the very heart of it, and this will enable us to properly integrate slightly older individuals in all sectors of activity.

Clearly, to me, the future of our country and our capacity to get through the next 20 years, during which we will experience a labour shortage, depends on generational help. Also, again, and I come back to this constantly, we cannot leave people who are healthy and who want to give, be they 55, 60, 65 or 70, at home. It is a matter of their self-esteem as well as of our collective health.

I think that, in the future, every and any initiative that the government can implement to encourage people who want to do so... in fact, often what is missing is that when we started our agency, people told us, "I wanted to do something, but I did not know what." Obviously we are going to take the time to tell them "What would really excite you for the next few years of your life?" It is not necessarily something that they have done all their lives; it could be something completely different. I know people who were lawyers and who want to be painters. We are going to help them do that.

Among our nannies, we have former teachers and former nurses. They no longer want to do the same thing they used to do; they want to do something else. So, the link is easy to make throughout Canada. It is about finding a place that will allow the company, in other words the client, and individuals who want to give back to do so. And I think that really this should be done throughout the country, because this is the future, in our opinion, and those people want to give for many years to come.

[English]

Senator Mercer: The Canadian International Development Agency, CIDA, does work all over the world, and people from Quebec have been major participants because of our association with so many French-speaking countries around the world, through our relations with the francophonie.

Have you been able to work with CIDA perhaps in placing people with a particular expertise, who they might be looking for to go overseas and work in developing countries?

[Translation]

Ms. Gravel: Not with CIDA. What we are doing now, is that a number of our retired engineers who are working for private firms will go, for example, to Algeria. So, we do international placements, not publicly, but privately. Everything depends on changing people's mindsets. I was listening to you when you said

Maintenant c'est vraiment dans tous les secteurs d'activités, mais encore faut-il qu'on comprenne bien les conditions que ces gens-là vont être prêts à mettre. Ils ne veulent plus avoir la pression qu'ils ont supportée pendant leurs jeunes années. Ils veulent le faire de façon différente. Ils veulent se sentir bien intégrés à l'intérieur de leur nouveau milieu de travail. C'est pour cela que dans l'ensemble des secteurs d'activités tout ce qui est inhérent à la gestion des ressources humaines et à la qualité de vie au travail, on en parle beaucoup dans le réseau de la santé, mais il va falloir qu'on en parle partout. Cela fait partie du nerf de la guerre, et cela va nous permettre de bien intégrer les gens un peu plus âgés dans tous les secteurs d'activités.

C'est sûr qu'à mes yeux, l'avenir de notre pays et notre capacité de passer à travers les 20 prochaines années qui vont être charnières en termes de pénurie de main-d'œuvre passent par cette entraide générationnelle. Aussi, encore une fois, j'y reviens tout le temps, on ne peut pas laisser chez eux des gens de 55, 60, 65 et 70 ans qui sont en bonne santé et qui ont le goût de donner. Il en va de leur estime d'eux-mêmes et aussi de notre santé collective.

Je pense que dans le futur, toutes les initiatives que le gouvernement pourra prendre pour encourager les gens qui ont le goût de le faire... en fait, souvent ce qui manque est que quand on a lancé l'agence, les gens nous disaient, « J'avais le goût de faire quelque chose, mais je ne savais pas quoi ». C'est sûr qu'on va prendre le temps de leur dire « Qu'est-ce qui vous ferait triper pour les prochaines années de votre vie? » Ce n'est pas nécessairement quelque chose qu'ils ont fait toute leur vie, cela peut être totalement différent. Je connais des gens qui ont été avocats qui ont le goût d'être peintres. On va vous aider à l'être.

Parmi les nounous, il y a beaucoup d'enseignantes, il y a des infirmières. Elles n'ont plus le goût de faire la même chose, elles ont juste le goût de faire quelque chose. Donc, ce lien est facile à implanter partout au Canada. Il s'agit de trouver un endroit qui va être l'arrimage entre l'entreprise, donc, le client, et ces gens-là qui ont le goût de redonner. Et je pense que c'est réellement ce qu'il faudrait implanter un peu partout, parce que c'est l'avenir, à mon avis, et ces gens-là ont le goût de donner pendant encore de nombreuses années.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : L'Agence canadienne de développement international, l'ACDI, œuvre aux quatre coins du monde et les Québécois, grâce aux liens que nous entretenons par l'intermédiaire de la francophonie avec tant de pays francophones, y participent intensément.

Avez-vous pu travailler avec l'ACDI en offrant les services de gens qui possèdent une compétence particulière recherchée par l'agence pour travailler dans des pays en développement?

[Français]

Mme Gravel : Pas avec l'ACDI. Ce que l'on fait actuellement, il y a plusieurs de nos ingénieurs retraités qui travaillent pour des cabinets privés qui vont, par exemple, en Algérie. Donc, de l'international, on en fait, mais pas de façon publique, de façon privée. Tout est en fonction du changement de la mentalité chez

that CIDA does this in various other countries, but there are countries which can serve as examples for us in this regard. I think that it is time to be forward looking within our own country, because we need these people here too.

[English]

Senator Mercer: Ms. Morin, the work you do is extremely important. We have talked about abuse in many other communities.

Have you been able to engage others in identifying abuse in the community? Sometimes, as you said, abuse goes unreported. Your term was their silence empowers the abuser, which I think is very true.

We have heard about other communities where people in the community have been engaged in identifying the abuse. Have you been able to do that, and have you had any training programs to help people in the community recognize elder abuse?

[Translation]

Ms. Morin: Yes, clearly that is our first element because when we talk about intervention, I would say that more than three quarters of our interventions are due to an initial screening.

How is the screening done? Somewhat as I mentioned earlier, by training volunteers. Each year, volunteers serve as multiplying agents, who are trained to be able to see and detect individuals who might be experiencing abuse.

Someone goes to the day centres every week. We meet with seniors, we talk to them and we give workshops of approximately an hour, but often they run over. Because of the relationship and trust that grows between an organization or individuals on the ground and seniors, it is quite common to get phone calls later and to meet with people to talk to them.

Another thing that encourages people to disclose this information is when we meet with seniors in group settings. Simply exchanging information will often lead to someone saying, "Oh, yes, that is true, I am experiencing that too." And then a discussion will take place.

That is why it is important to work on the ground, to go and see them, and not just once. It requires a great deal of time and energy, but it is important.

[English]

Senator Mercer: We have heard elsewhere how important it is for people who interact with older Canadians to keep their antenna up to look for abuse. We heard that some of the banks have actually done some training with their staff.

vous. Je vous écoutais quand vous disiez que l'ACDI le fait dans certains autres pays, mais il y a des pays qui ont des exemples à nous donner à ce niveau-là. Je pense qu'il est temps d'être prophètes à l'intérieur même de notre propre pays, parce qu'on a besoin de ces gens-là chez nous aussi.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Madame Morin, le travail que vous accomplissez est capital. Nous avons rappelé l'existence de la maltraitance dans bien d'autres collectivités.

Avez-vous pu mobiliser l'attention d'autres personnes pour repérer les cas de maltraitance dans votre collectivité? Comme vous l'avez dit, il arrive que la maltraitance ne soit pas révélée. Vous avez dit que le silence donnait du pouvoir à l'auteur des mauvais traitements, et je pense que vous avez raison.

Dans d'autres collectivités, on a sollicité l'aide des habitants pour repérer les cas de maltraitance. Avez-vous pu en faire autant? Y a-t-il eu des programmes de formation pour apprendre à reconnaître les cas de maltraitance des personnes âgées?

[Français]

Mme Morin : Oui, c'est sûr que c'est notre premier élément parce que quand on parle d'intervention, je dirais plus que les trois quarts des interventions qu'on fait le sont parce que, justement, il y a eu initialement du dépistage de fait.

Comment se fait le dépistage? Un peu comme je le mentionnais tout à l'heure, en formant des bénévoles. Chaque année il y a des bénévoles comme agents multiplicateurs, qui sont formés justement pour être capables de voir et de dépister ceux qui pourraient être susceptibles de vivre la maltraitance.

Toutes les semaines, on est présents dans des centres de jour. On va rencontrer les aînés, on va leur parler et on donne des ateliers qui vont généralement durer une heure, mais souvent cela va déborder parce que, justement, avec le contact et la confiance qui s'établissent entre l'organisme ou les gens qui vont sur le terrain, c'est très régulier de recevoir des téléphones par la suite et de voir les gens en parler.

Ce qui fait aussi la force dans la dénonciation est que lorsqu'on rencontre des aînés en groupe, le fait d'échanger ensemble va souvent laisser place à « Ah oui, c'est vrai, je vis cela aussi » et là il va se faire des échanges.

De là l'importance d'être terrain, d'y aller pour les voir, et pas seulement une fois. Et cela demande beaucoup de temps, beaucoup d'énergie, mais c'est important.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : On nous a dit à quel point il était important que ceux qui s'occupent de personnes âgées soient vigilants afin de déceler les cas de maltraitance. On nous a dit que certaines banques ont donné à leur personnel une formation à cet égard.

Have you seen that in the banks and the caisses populaires in Quebec? Have they been mindful of their responsibility to notice unusual things happening in seniors' bank accounts that did not happen before, which could be potentially a sign of financial abuse?

[Translation]

Ms. Morin: When we talk about the Estrie region, there are seven MRCs. In each of the MRCs there was groundwork to be laid this year. Some of them have already created regional roundtables on abuse. These roundtables often comprise people from the credit unions and the police force. There are scheduled meetings. I can tell you that there has been progress. There are roundtables that were already organized this year, but there is still work to be done in the area of awareness.

As you mentioned, we get a lot of support from the credit unions, because these people are on the front lines and they are aware of money that continually goes missing. So, in our opinion, there is still work to be done in this area, in order to continue to cooperate and move forward.

I am saying that there is work to be done, but there has been a lot of work done already. Training the tables is not something that can be done in one day.

[English]

Senator Mercer: Ms. Morin, you indicated that you thought our report did not have enough emphasis on identification and prevention of abuse. I can assure you that, since we started our travel across the country, that has certainly moved up on our priority list because we have heard that this is an issue in every community.

Hopefully, when our final report comes out, you will be able to say that your comments and those of others have had an effect.

Senator Cools: Ms. Gravel, I understand — and I have never heard of such a thing — that your organization is a profit-making company that is essentially doing community work. Maybe this is very common. Could you tell me a little more about the organization, how you are able to turn a profit and if this is a growing tendency?

[Translation]

Ms. Gravel: I dare hope so, but perhaps I would say that I have had the opportunity, in the past few years, to have two jobs that are completely different, but that have enabled me to get to know both worlds well. First, I was director general of the Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie and then afterwards the director general of the Sherbrooke Chamber of Commerce.

In my opinion, the creation of wealth and equitable services go hand in hand. We cannot work in isolation, we must work together.

Cela est-il le cas dans les banques et les caisses populaires au Québec? Sont-elles conscientes de la responsabilité qui leur incombe de déceler toute activité hors de l'ordinaire sur les comptes en banque des personnes âgées, ce qui pourrait être une manifestation d'abus financier?

[Français]

Mme Morin : Quand on parle de l'Estrie, il y a sept MRC. Dans chacune des MRC, cette année il y a eu du travail de terrain. Il y en a quelques-unes qui ont déjà des tables régionales de formées sur la maltraitance. Ces tables sont souvent composées de gens des caisses populaires et de policiers. Il y a des rencontres établies. Je peux vous dire que c'est en progression. Il y a des tables qui sont déjà bien organisées cette année, mais il y a encore du travail de sensibilisation à faire de ce côté-là.

Comme vous le mentionniez, c'est un soutien énorme de la part des caisses, parce que ce sont les gens de première ligne qui sont au courant s'il y a des montants qui disparaissent de façon récurrente. Selon nous, il y a encore du travail à faire de ce côté-là, pour continuer à se concerter et à travailler.

Je dis qu'il y a du travail à faire, mais il y en a aussi beaucoup de fait. La formation des tables concertation est quand même un travail de longue haleine.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Madame Morin, vous avez dit que vous pensez que notre rapport ne développait pas assez la notion de dépistage et de prévention de la maltraitance. Je peux vous assurer qu'après nos visites d'un bout à l'autre du pays, cet aspect a pris plus d'importance dans nos priorités car on nous a dit que le problème existait dans toutes les collectivités.

Espérons que notre rapport final vous permettra de conclure que vos observations et celles d'autres témoins à cet égard ont porté leurs fruits.

Le sénateur Cools : Madame Gravel, si je ne m'abuse — et c'est tout nouveau pour moi — votre organisation est une compagnie à but lucratif qui essentiellement fait du travail communautaire. C'est peut-être très courant. Pouvez-vous nous en dire davantage sur votre organisation? Comment êtes-vous rentable? La tendance va-t-elle en s'accroissant?

[Français]

Mme Gravel : J'ose l'espérer, mais peut-être que je vous dirais que j'ai eu la chance, dans les dernières années, d'avoir deux emplois qui étaient totalement différents, mais qui m'ont permis de bien connaître les deux mondes. J'ai tout d'abord été directrice générale du Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie et tout de suite après, directrice générale de la Chambre de commerce de Sherbrooke.

Pour moi, la création de richesse et les services équitables vont de paire. On ne peut pas travailler en silo, il faut travailler ensemble.

I will tell you that our company is doing extremely well. We are turning a profit. I am not making money from the retiree, pre-retiree part. This represents approximately 5 per cent to 10 per cent of my sales figures. My accountant is telling me to set this aside, and my answer is no, because I believe in it. I believe in it as a businesswoman because it is an interesting business opportunity and it is somewhat visionary, so I think that it will be successful. I also believe in it because, as I said earlier — and the same goes for my team — we so enjoy our work, and we can quickly see the results of what we have accomplished.

At the beginning of my remarks I explained how this came about. It came about for two very clear reasons. This was a business opportunity. When you decide to go into business, your business idea has to be based on what is happening in the community: a lack of labour, aging of the population, available and skilled individuals. In my case, it was pretty easy to put two and two together.

Once the company was started, it led to the creation of several small projects, that have become bigger. I spoke earlier about the "Transfer of Passion" with retired teachers, and everything that we are doing with our retired doctors; however, the basic idea remains the same.

It is so simple when you think about it. Regardless of the sector these people have worked in, one must never forget that once they are called upon to help, whether they are paid for it because they need that, or whether they do so on a voluntary basis, because they also need that, everyone wins. Personally, I think this is the way of the future.

[English]

Senator Cools: It is very interesting, and I wish you continued success.

Ms. Morin, the subjects around domestic violence are subjects with which I am very well acquainted. I know a considerable amount about the phenomenon of intervening and bringing relief.

My question to you has to do with your strategies and interventions. How often do you intervene and solve the problems and grant relief? How often do you resort to the Criminal Code, to a criminal prosecution, which, with seniors, can be devastating?

I know of a case about three years ago where a few slaps were exchanged between two senior spouses. Some diligent policeman came in and got the prosecutions underway. Then, of course, both of them were very frantic at their ages. Fortunately, when they went before the judge, the judge scolded them as though they were two children. He told them that they were far too old for this, and then dismissed the charges. That was the end of that because the fear of God had been upon them.

I am curious about the nature of your interventions. Do you have any data on victims and perpetrators, on how often the spouses are against each other or other family members or other individuals?

Je vous avouerai que la compagnie va très bien. On fait des profits. Ce n'est pas avec l'aspect retraité, préretraité, que je fais de l'argent. Cela représente à peu près 5 à 10 p. 100 de mon chiffre d'affaires. Mon comptable me dit de mettre cela de côté, et ma réponse est non, parce que j'y crois. J'y crois comme femme d'affaires parce que c'est une occasion d'affaires intéressante et c'est un peu visionnaire, donc je pense qu'on y arrive. J'y crois aussi parce que, comme je le disais tout à l'heure, et c'est pareil pour mon équipe, on a tellement de plaisir à travailler et qu'on voit rapidement les résultats du travail accompli.

Au début de mon petit exposé, j'expliquais comment c'était né. C'est né de deux choses très claires. C'est une occasion d'affaires. Quand on essaie de lancer en affaires, il faut que l'idée à la base soit inspirée par ce qui se passe dans la communauté : pénurie de main-d'œuvre, vieillissement de la population, le bassin de population disponible et compétent. Pour moi, l'équation se faisait relativement facilement.

À partir du moment où la compagnie a été lancée, cela a donné lieu à la création de plusieurs petits projets, qui prennent de l'expansion. Je disais tout à l'heure « Transfert de passion » avec les professeurs retraités, mais aussi tout ce qu'on fait avec nos médecins retraités, mais c'est toujours la même base.

C'est tellement simple quand on y pense. Peu importe le secteur d'activités dans lequel ces gens-là ont œuvré, il ne faut jamais perdre de vue que lorsqu'on les met à contribution pour aider, que ce soit monétairement, parce qu'ils en ont besoin, ou bénévolement, parce qu'ils en ont aussi besoin, tout le monde est gagnant. Je pense personnellement que c'est la voie de l'avenir.

[Traduction]

Le sénateur Cools : C'est très intéressant et je vous souhaite bon succès.

Madame Morin, je connais très bien toute la question de la violence dans la famille. Je suis tout à fait au courant des méthodes d'intervention et de soulagement.

Je voudrais que vous m'en disiez davantage sur vos stratégies et vos interventions. Quel est le nombre de cas où vous intervenez pour résoudre les problèmes et soulager la situation? Dans combien de cas devez-vous faire intervenir les dispositions du Code criminel, aller jusqu'à une poursuite pénale, ce qui pour les personnes âgées peut être dévastateur?

Il y a trois ou quatre ans, il y a eu un cas d'échange de gifles entre deux personnes âgées, mari et femme. Un policier zélé est intervenu et il a fait intenter des poursuites. Bien entendu, étant donné leur âge, les intéressés étaient aux abois. Heureusement, le juge qui a entendu l'affaire les a réprimandés comme s'ils étaient deux enfants. Il leur a fait remarquer qu'ils étaient beaucoup trop âgés pour ce genre de comportement et il a rendu un non-lieu. Les choses se sont arrêtées là car il leur a inculqué la crainte de Dieu.

Je voudrais plus de renseignements sur vos interventions. Avez-vous des données sur les victimes et les assaillants? Savez-vous quelle est la fréquence des attaques entre époux, de la part d'un membre de la famille, de la part d'un tiers?

Most important, how often do you resort to the mighty blunt hand of the Criminal Code?

These are conscious decisions that people who do this work have to make. When I was on the front lines, considerable years ago now, I was always reluctant to go to the Criminal Code provisions for prosecution, to laying that information, unless the situation was extremely serious.

I found in those days, my approach was a more successful approach, especially if you can open people up to talk to each other. Different workers have different approaches. I knew other workers to whom it did not matter how much a couple or the family was helped, as long as they got a prosecution; that is what they wanted. I am sure you know the damage that happens in those families for years after such a prosecution.

If you do not have any data, I understand, because quite often you just do not have time to collect the data in the front lines. I am curious as to whether you have such an approach.

[Translation]

Ms. Morin: I would like to give you an example of how we become involved in a situation of abuse; this is an incident that happened not very long ago. A 52-year old woman called and she was crying a lot and she said to me: "I have betrayed my family. What I am doing makes no sense, all I want to do is commit suicide, and I want to kill my brother." That was what she said as soon as she called. Obviously my response was to gain that woman's trust and to embrace what she was experiencing, and to take note of what she was sharing with me. This was a situation involving brothers and sisters, and a brother within the family who was abusing his parents quite extensively. That is why this individual called. But this person did not want any involvement with the police; she did not want any legal procedures. At that time, I invited that individual to come and meet us and I assured her that there was no question of undertaking any procedures without consent within the family. This woman came to meet with me along with her sister, because she had told her that she had requested help. We met five or six times, and we met with the family. We did not become involved with the brother, nor with the parents, because that is not what they had requested. However, these individuals received tools and empowerment through our explanations and awareness-raising. I explained to her when she told me that she wanted to kill her brother because of what he was doing to her parents that it was the behaviour she wanted to kill and not what was happening. All of this made eminent sense, and throughout our meetings, we acquired tools, for example, the use of proxy.

I think that our involvement was successful because this individual called me recently to tell me how helpful it had been.

Surtout, je voudrais savoir s'il arrive souvent qu'on ait recours à l'inexorable Code criminel?

Ce sont là des décisions conscientes que doivent prendre les gens qui travaillent dans ce secteur. Il y a bien des années, je faisais un travail en première ligne et j'hésitais toujours à invoquer les dispositions du Code criminel pour tenter des poursuites, et à révéler l'existence d'une telle situation, à moins qu'elle ne fût extrêmement grave.

À l'époque, je trouvais que ma façon de faire donnait des résultats, surtout quand on parvient à ouvrir un dialogue entre les gens. D'autres conseillers ont d'autres façons de faire. J'en ai connu pour qui il importait peu d'aider le couple ou la famille et qui tenaient absolument à tenter des poursuites. C'est ce qu'ils souhaitaient. Je suis sûr que vous êtes consciente des répercussions néfastes sur la famille bien des années après de telles poursuites.

Si vous n'avez pas de données là-dessus, je comprendrai car très souvent quand on est en première ligne, on n'a pas le temps de recueillir des données. Je voudrais savoir si vous préconisez cette façon de faire.

[Français]

Mme Morin : J'ai envie de donner un exemple de la façon dont on intervient dans une situation d'abus; c'est une histoire qui est arrivée il n'y a pas vraiment longtemps, une dame de 52 ans qui appelle et qui pleurait énormément, et qui me disait : « J'ai trahi ma famille. Ce que je suis en train de faire n'a pas de bon sens, tout ce dont j'ai envie c'est de me suicider, et j'ai envie de tuer mon frère ». C'était la première entrée en matière sur l'appel. Ma réaction a été vraiment de mettre la dame en confiance et de l'accueillir dans ce qu'elle vivait, et de prendre les premiers éléments qu'elle me donnait. Il s'agissait d'une situation entre frères et sœurs, et d'un frère dans la famille qui abusait ses parents de façon vraiment intensive. Et de là l'appel à l'aide de la personne. Mais pour la personne, il n'était absolument pas question qu'il y ait un lien avec la police, qu'il y ait quoi que ce soit qui était judiciairisé. À ce moment-là, j'ai invité la personne en question à venir nous rencontrer et qu'il n'était pas question qu'on fasse des démarches sans le consentement de qui que ce soit dans la famille. La dame est venue me rencontrer avec sa sœur, parce qu'elle lui avait dit qu'elle avait demandé de l'aide. On a eu cinq à six rencontres ensemble, et avec la famille. On n'est pas intervenu auprès du frère, ni auprès des parents, parce que ce n'était pas leur demande. Par contre, tous les outils et tout le pouvoir que ces gens-là ont eus dans l'explication, dans la sensibilisation, et quand je lui expliquais que quand elle disait « Je veux tuer mon frère pour ce qu'il fait à mes parents », j'expliquais que c'était le comportement qu'elle voulait tuer et non ce qui se passait. Et cela a fait beaucoup, beaucoup de sens et tout au long des rencontres, on s'est donné des outils, par exemple, la procuration.

Je pense que cette intervention a porté fruit parce que cette dame m'a rappelée dernièrement pour me dire combien cela avait été aidant.

In the end, no, we did not use the process, but we do know how important this was for them within their family.

That might be the example I could give you in relation to your question.

[English]

Senator Cools: What you are saying is extremely important because when you look at these relationships, they are very intimate, very close and the individuals are very vulnerable, so one has to be extremely sensitive in how one manages it. You need to open them to understanding their own offensive behaviour, and also the interaction because quite often it is not him or her, rather it is them together. Therefore, I am very pleased and relieved that you have that approach because in my view that is by far the most successful, and the most effective.

I would like to say, Chair, I do not know if we have looked at this, but one of the foremost American scholars on physical abuse of elders is a woman named Dr. Susan Steinmetz. She comes out of the original group of Dr. Murray Straus' around the University of New Hampshire.

If, one of these days, we want to get a scholarly examination of this subject matter, we could think of Dr. Steinmetz, if she is still doing this type of scholarship.

From a professional involvement over the years, I know what you are speaking about. I remember one time we had a husband break down a couple of doors and literally come into the shelter. That did not faze me at all.

The next day, I phoned him, and he said, "I have been expecting you to call. I have seen you on television." I said, "Well, you must come over here and talk to me, because we have a few things to talk about, including the repair of this door."

It was fascinating because the wife was concerned that I would bring down the heavy hand of a prosecution. It was a very touchy situation. He came and when he sat down to talk to me, he cried like a baby while he talked about his frustration. When that was all finished and he was ready to go, I reminded him about the door. He told me not to worry, that he would repair the door himself. He went out, bought a new door, bought paint and repaired it.

It is just a question of how we approach these problems. Often in these intimate affairs, people have very little insight into why they feel what they feel, and why they react the way they do.

I am encouraged by your approach. Thank you.

[Translation]

Senator Chaput: I am sorry, I was absent during your presentation. Perhaps you already answered my question.

Pour faire suite, non, on n'est pas allé avec le processus, mais on sait combien cela a été important pour eux dans leur milieu familial.

C'est peut-être l'exemple que je pourrais vous donner en rapport avec votre questionnement.

[Traduction]

Le sénateur Cools : Vous venez de dire une chose extrêmement importante car les relations humaines dans ces cas-là sont très intimes, très étroites et les intéressés sont très vulnérables. Il faut donc les aborder avec la plus grande délicatesse. Il faut faire prendre conscience de ce comportement agressif et de l'interrelation car très souvent ce n'est pas à cause de lui ou à cause d'elle mais plutôt à cause des deux ensembles. Par conséquent, je trouve très encourageante votre façon de faire car à mon avis c'est celle qui de loin donne les meilleurs résultats et celle qui est la plus efficace.

Madame la présidente, au cas où cela nous aurait échappé, aux États-Unis, la Dre Susan Steinmetz est une des sommités en matière de maltraitance physique des personnes âgées. Elle faisait partie du groupe d'origine qui travaillait avec le Dr Murray Straus à l'Université du New Hampshire.

Si nous décidons un jour de faire une étude approfondie de cette question, nous pourrions songer au Dr Steinmetz, si toutefois elle œuvre encore dans ce domaine.

Grâce à mes activités professionnelles au fil des ans, je sais de quoi vous parlez. Je me souviens du cas d'un mari qui avait défoncé quelques portes pour littéralement pénétrer dans le refuge. Je ne me suis pas démontée.

Le lendemain, je lui ai téléphoné et il m'a dit : « Je m'attendais à votre appel. Je vous ai vue à la télévision ». J'ai répondu : « Je vous attends pour vous parler car nous avons certaines choses à nous dire, y compris ce que vous allez faire pour réparer la porte ».

La situation était intéressante car sa femme craignait que j'intente de redoutables poursuites. La situation était très délicate. Le mari s'est donc présenté et s'est assis pour me parler; en évoquant sa frustration, il pleurait à chaudes larmes. En fin de conversation, au moment où il partait, je lui ai rappelé l'histoire de la porte. Il m'a dit de ne pas m'inquiéter qu'il la réparerait lui-même. Ce qu'il a fait en achetant une nouvelle porte, la peignant et l'installant.

Tout dépend de la façon dont nous abordons ces problèmes. Très souvent dans les relations intimes, les gens comprennent très mal la raison pour laquelle ils ressentent ce qu'ils ressentent et pourquoi ils réagissent comme ils le font.

Je trouve votre façon de voir les choses encourageante. Merci.

[Français]

Le sénateur Chaput : Je suis désolée, j'étais absente lors de vos présentations. Vous avez peut-être déjà répondu à mes questions.

Ms. Gravel, yours is a profit-making organization. Do you have access to aid or subsidies from any level of government, be it federal, provincial or municipal?

Ms. Gravel: Not at all. However, precisely because of the magnitude of our activities right now, I think I won't have any choice but to seek such help. Obviously, this is a niche that we want to continue to develop. These are services that we want to continue to develop.

There is no doubt that eventually, given that we have increasing demand from our candidates as well as from our clients, we will have to find ways and means, especially for the nanny service, because for other things, private enterprises are able to pay. If nothing else is done for young families who need assistance, it would be important to find some incentive, to do something that could help us continue to offer this service in the future, as well as all the others, notably the volunteer doctors. That is obvious.

Senator Chaput: Do you have a target clientele?

Ms. Gravel: The candidate clientele or the —

Senator Chaput: Of your services.

Ms. Gravel: The answer is no, in the sense that we were the only ones to position ourselves in the niche where we help pre-retirees and retirees find a job if they want one. The rest of our clients are from all kinds of sectors, both institutional and private enterprises.

I would like to add that the different levels of government could do something regarding the tax aspect. Several of our retirees have gone back to work and are penalized because their pension income is reduced. I think that in the future, we will have no choice but to address that more seriously.

Senator Chaput: You say we must address that issue; is there a recommendation that comes to mind as an example?

Ms. Gravel: I have nothing specific. What we do know particularly is that our retirees earn rather low wages all their lives and when they decide to go back to work because they need the money, in some cases there are penalized when they declare additional income, and yet often it is very minimal.

I cannot give you any exact percentages, but I think we have to help them so that they feel encouraged not only by companies who open their doors to them, but also by the government which, from a taxation standpoint, could find a way to ease their tax burden.

I think that we are coming to that indirectly. If we want to encourage people to go back to work, and I think we will have no choice but to do so, there will have to be these incentives because there are many who feel like going back to work, but who do not do so because they say it will cost them too much. That is all.

Madame Gravel, vous êtes à but lucratif. Avez-vous accès à de l'aide ou des subventions de paliers de gouvernements, que ce soit fédéral, provincial ou municipal?

Mme Gravel : Pas du tout. Par contre, justement avec l'ampleur que prennent nos actions en ce moment, je pense que je n'aurai pas de choix que d'aller en chercher. Manifestement, c'est un créneau qu'on veut continuer à développer. Ce sont des services qu'on veut continuer à développer.

C'est sûr qu'éventuellement, étant donné qu'on a de plus en plus de demandes de la part de nos candidats et aussi de la part de nos clients, il va falloir trouver des façons, particulièrement pour le service de nounous, parce que pour le reste les entreprises privées sont capables de payer. Ne serait-ce que pour les jeunes familles qui ont besoin d'aide, trouver une mesure incitative, faire quelque chose qui pourrait nous aider à continuer à offrir ce service dans le futur, et tous les autres, notamment celui des médecins bénévoles, c'est évident.

Le sénateur Chaput : Avez-vous une clientèle cible?

Mme Gravel : La clientèle des candidats ou la clientèle des ...

Le sénateur Chaput : De vos services.

Mme Gravel : La réponse est non, dans le sens qu'on est les seuls à se positionner avec un créneau où l'on va aider les gens préretraités et retraités à retrouver un emploi s'ils le veulent. Pour le reste, nos clients sont de tout acabit, autant dans le secteur institutionnel que dans l'entreprise privée.

J'aimerais ajouter que les différents paliers de gouvernement pourraient faire quelque chose ce qui concerne l'aspect fiscal. Il y a plusieurs de nos retraités qui retournent travailler et qui sont pénalisés sur le régime de retraite. Je pense que dans le futur on n'aura pas le choix de se pencher là-dessus de façon assidue.

Le sénateur Chaput : Quand vous dites vous pencher sur cette question-là, est-ce qu'il y a déjà une recommandation qui vous vient à l'idée à titre d'exemple?

Mme Gravel : Je n'ai rien de précis. On sait particulièrement que nos personnes retraitées ont eu des salaires pas très élevés toute leur vie et quand elles décident de retourner travailler parce qu'elles en ont besoin, dans certains cas elles sont pénalisées lorsqu'elles vont déclarer un revenu supplémentaire, et souvent c'est très petit, c'est minime.

Je ne peux pas vous donner de proportion, mais je pense qu'il va falloir les aider à ce qu'ils se sentent encourager non seulement de la part des entreprises qui vont leur ouvrir les portes, mais aussi de la part du gouvernement qui, fiscalement, pourrait voir une façon d'alléger leur fardeau fiscal.

Je pense qu'on en vient à cela indirectement. Si on veut encourager les gens à retourner travailler, et je pense qu'on n'aura pas le choix de le faire, il va falloir qu'il y ait de tels incitatifs, parce qu'il y en a plusieurs qui ont le goût de retourner travailler, mais qui ne le font pas parce qu'ils disent que cela va leur coûter trop cher. C'est tout.

Senator Chaput: In your experience, what has been the biggest challenge in establishing and operating an enterprise like yours?

Ms. Gravel: Good question. You know, whenever something is new, I would say that there is always some part of — There is no resistance to change in this case because I would say that up to a point, people said that it was almost virtuous for a private company to conduct itself this way. But I am not that naïve. I know full well that this is a niche with a future, economically speaking as well.

So for a business woman like me, as I said, this is a niche that represents about 10 per cent of my sales, but that does increase month after month because on the one hand, the labour force shortage is growing, but on the other hand, and fortunately, companies feel increasingly that this is a high-quality work force and that we must either conserve it or hire it.

Senator Chaput: If you were to leave tomorrow morning, is there someone else who could do the same type of work? Would there be a succession?

Ms. Gravel: I spend my life trying to find a succession!

We discuss this a lot. I have the good fortune of having quite a broad window on what we do. I look at all these recruitment agencies and I see that more and more of them are saying "Well, this might not be such a bad idea." They will be far more open to this.

There is one thing I must tell you. In the private sector, what people look for first and foremost is to make money quickly. When discussing my competitors in the recruitment sector, what our older candidates say to us is that they bring their CVs to a recruitment agency and are told "It's too bad, but there is no room for you." With me, it's the reverse.

What we did was build this bank with exceptional expertise, as well as raise public awareness, and we told companies "look how much qualified personnel we have."

I would cite as an example secretaries who are over 50 years of age. We do a lot of outsourcing with those people. Outsourcing means that these remain my employees, I pay them, but I would say that I rent them to various clients. Secretaries over 50 have exceptionally good French. These are people who took the trouble to acquire computer skills and who because of their experience integrate easily into a new work place. So that is the greatest resource for our companies right now, and those people are in such great demand, you can't even imagine.

We are talking about secretaries, but we have to capitalize on all occupations and sectors of activity. I'm convinced that within two years, the skills that companies will want to get are those of people aged 50 and over.

Le sénateur Chaput : D'après votre expérience, quel a été le plus grand défi de mettre sur pied et de faire fonctionner une entreprise comme la vôtre? *

Mme Gravel : Bonne question. Vous savez, tout ce qui est nouveau, je dirais qu'il y a toujours d'une part ... il n'y a pas eu de résistance au changement dans ce cas-ci parce que je dirais jusqu'à un certain point, les gens disaient c'est presque vertueux pour une entreprise privée d'agir de cette façon-là. Mais je ne suis pas naïve à ce point-là. Je sais pertinemment que c'est un créneau porteur d'avenir, économiquement parlant aussi.

Donc, pour une femme d'affaires comme moi, comme je vous dis, c'est une niche qui représente à peu près 10 p. 100 de mon chiffre d'affaires, mais qui grossit de mois en mois, parce que d'une part, la pénurie de main-d'œuvre est croissante, mais d'autre part, et heureusement, les entreprises considèrent de plus en plus que c'est une main-d'œuvre de qualité et qu'il faut soit la conserver ou soit l'engager.

Le sénateur Chaput : Si vous quittiez demain matin, est-ce qu'il y a une autre personne qui pourrait faire le même genre de travail? Est-ce qu'il y aurait une relève?

Mme Gravel : Ma vie se passe à essayer de trouver de la relève!

On en parle beaucoup. J'ai la chance d'avoir une vitrine quand même assez vaste sur ce qu'on fait. Je regarde l'ensemble des agences de recrutement et de plus en plus, elles vont se dire, « Ce n'est peut-être pas bête ». Elles vont avoir une ouverture beaucoup plus grande.

Il y a une chose qu'il faut que je vous dise aussi. Dans le privé, ce qu'on cherche dans un premier temps, c'est de faire de l'argent rapidement. Concernant mes concurrents du secteur du recrutement, ce que nos candidats plus âgés nous disaient est qu'ils vont porter leur c.v. dans une agence de recrutement et ils leur disent « C'est dommage, il n'y a pas de place pour vous ». Moi, c'est l'inverse.

C'était de monter cette banque-là d'expertises exceptionnelles et de faire aussi la sensibilisation publique, et dire aux entreprises, « Regardez jusqu'à quel point on a de la main-d'œuvre qualifiée ».

Je vous donnerais en exemple les secrétaires qui sont âgées de 50 ans et plus. On fait beaucoup d'impartition avec ces gens-là. L'impartition c'est que cela demeure mes employés, c'est moi qui les paye, mais je dirais, qu'on les loue à différents clients. Les secrétaires de 50 ans et plus ont une qualité de la langue française exceptionnelle. Ce sont des gens qui ont pris la peine de se recycler en informatiques, et ce sont des gens qui, par leur expérience, s'intègrent facilement dans un nouveau milieu. C'est donc la plus belle ressource pour nos entreprises actuellement, et ces gens-là sont en demande vous ne pouvez pas vous imaginer comment.

On parle des secrétaires, maintenant il faut capitaliser sur tous les ordres professionnels et tous les secteurs d'activités. Je suis convaincue que d'ici deux ans, les compétences que les entreprises voudront aller chercher, ce sera des compétences qui sont issues de gens de 50 ans et plus.

Senator Chaput: In your case, you're completely independent right now because you have not fallen into the trap of getting government subsidies, if I can state it that way. You are completely independent.

Ms. Gravel: Absolutely.

Senator Chaput: But if at some point you were forced to go a bit further to continue to offer these services, for example by getting access to tax credits, would that be good for your company?

Ms. Gravel: Yes, definitely.

When you try something new, you're feeling your way around and you never know how people will respond to something new. In this case, we know full well that this is a growing phenomenon, and as the gentleman was saying earlier, I think that it would be a very good thing if this were to be done throughout the country, for all kinds of reasons, both economic and social. There is no doubt that at one point a private company that has given itself a social mission — and not all private companies have done so — realizes that if the service they provide makes sense, at some point they will need assistance to make sure it is ongoing.

Senator Chaput: I have a brief question for Ms. Morin.

You say that your association is engaged in informing and training senior citizens. In your experience, Madam, what is the most effective way to inform senior citizens? We know that as people grow older, the information that is most readily available to them is not necessarily the same information that is available to young people.

What is the most effective way to keep in touch with your clientele, in terms of informing them and preparing them for the future?

Ms. Morin: As I just mentioned, regarding information, it has to do with meeting people in person. People's presence is what really counts, and not only a one-time presence. We really must go at it again and again in order to make ourselves known to them. When we meet with groups, when people exchange ideas, when dialogue is encouraged, the things that people confide to the group are quite extraordinary. This is of the utmost importance. We did not stop at the residence level. Let us take pharmacies for one — many senior citizens are to be found in pharmacies at any given time.

We carried out a project for contacting our clientele of senior citizens. We spent two or three weekends distributing information and flyers to senior citizens.

This involves being present on the ground. The more senior citizens hear about us, the more efficient we get. We can also see this in the number of returned calls and other subsequent interventions.

Senator Chaput: How many people do you contact on a yearly basis?

Le sénateur Chaput : Dans votre cas, vous êtes présentement totalement indépendante parce que vous ne tombez pas dans le piège de recevoir des subventions du gouvernement, si je peux l'appeler ainsi. Vous êtes totalement indépendante.

Mme Gravel : Tout à fait.

Le sénateur Chaput : Mais si, à un moment donné, vous êtes obligée d'aller un peu plus loin pour continuer à offrir ces services, à titre d'exemple, avoir accès à des crédits d'impôt, est-ce que ce serait bien pour votre entreprise?

Mme Gravel : Oui, définitivement.

Quand on essaie quelque chose de nouveau, on tâte le terrain et on ne sait jamais comment les gens vont répondre à un nouveau. Dans ce cas-ci, on sait pertinemment que cela prend de l'ampleur et, un peu comme monsieur le disait tout à l'heure, je pense que cela a tout avantage à être éparpillé partout à travers le pays, pour toutes sortes de raisons, économiques et sociales. C'est sûr qu'à un moment donné une entreprise privée qui s'est donné une mission sociale, et ce ne sont pas toutes les entreprises privées qui l'ont fait, lorsqu'on se rend compte que le service qu'on offre fait du sens, c'est sûr qu'à un moment donné on a besoin d'aide pour lui assurer une pérennité.

Le sénateur Chaput : Une question brève pour Madame Morin.

Pour votre association, vous dites « pour l'information et la formation des aînés ». Dans votre expérience, Madame, quelle est la façon qui a le plus de résultats pour informer les aînés? On sait que quand la personne avance en âge, l'information qui la rejoint le plus facilement n'est pas nécessairement l'information qui rejoindrait la jeunesse.

Qu'est-ce qui est le plus efficace pour rejoindre la clientèle que vous servez, en termes d'information pour justement les préparer à faire face à ce qui pourrait leur arriver?

Mme Morin : Comme je l'ai mentionné tout à l'heure, au niveau de l'information, c'est d'aller rencontrer les gens. C'est vraiment la présence, et pas seulement une fois. Il faut vraiment y aller de façon récurrente pour qu'ils nous connaissent. Quand on rencontre des groupes, quand les gens échangent entre eux, qu'on laisse place à ces échanges, c'est assez extraordinaire les confidences qui se font en groupe. C'est extrêmement important. On n'est pas juste allé au niveau des résidences. Pensons seulement aux pharmacies, combien de personnes aînées sont dans les pharmacies.

On avait fait un projet où pendant deux ou trois fins de semaine, on donnait de l'information, des dépliants, pour rejoindre la clientèle des aînés.

C'est d'être sur le terrain, c'est d'être présent. Plus les aînés entendent parler de nous, plus c'est efficace. On le voit aussi par le retour des appels et dans les interventions par la suite.

Le sénateur Chaput : Annuellement, combien de gens rejoignez-vous?

Ms. Morin: On a yearly basis, strangely enough, it is like the tip of an iceberg. We realize that the more we talk about it, the more telephone calls we receive and the more people we reach. I could say that within a given year, we reached out to at least 4,000 or 5,000 persons in our region, through trade fairs and regional county municipalities. And that is simply our area.

[English]

The Chair: I want to thank Ms. Gravel and Ms. Morin for their presentation. You are both obviously providing an extremely important service to this community. We hope that by your example others will do the same in other communities across the country.

The committee adjourned.

SHERBROOKE, Quebec, Friday, May 16, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:06 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[Translation]

The Chair: We have the pleasure today of welcoming Mr. William Murray, on behalf of the Conseil des aînés du Québec, Mr. Paul Rodrigue and Mr. Jacques Demers, from the Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie, and Mr. Gilles Beaulieu, from the University of the Third Age.

I welcome you on behalf of my colleagues.

William Murray, Research Officer, Conseil des aînés du Québec: Thank you, Madam Chair. I am very pleased to present to you the Conseil des aînés' position on aging, a position that is very general and very brief.

On behalf of the council, I would like to inform you that we are very pleased that the Senate has taken an interest in the general issue of aging. I believe that reflects the growing interest in our policies on this matter. We know very well that, here in Quebec, we have observed that the media are not that interested in aging, or are so in a more or less biased manner.

For example, we had the consultation of Ms. Blais, Quebec's minister for seniors, which was pushed aside by the Bouchard-Taylor commission on intercultural relations. Immigration is a very important issue, but, at the same time, aging will affect everyone in the same way as, and perhaps even more than, intercultural relations, which concern the urban and metropolitan centres in Quebec.

Aging concerns everyone, all of society, whether we are young or old. The senior population in Quebec will eventually be very large, which will have a significant impact on policies.

Mme Morin : Annuellement, cela fait drôle à dire, quand on parle de la pointe de l'iceberg, on réalise que plus on en parle, plus on a des téléphones, plus on rejoint des gens. Je vous dirais que facilement dans une année on va rejoindre, dépendamment avec les salons et les MRC, au moins 4 000 à 5 000 personnes pour notre région. Et là, on parle simplement de notre source.

[Traduction]

La présidente : Je tiens à remercier Mmes Gravel et Morin de leur exposé. Toutes les deux, vous fournissez manifestement un service capital à votre collectivité. J'espère que d'autres collectivités ailleurs au Canada prendront exemple sur vous.

La séance est levée.

SHERBROOKE, Québec, le vendredi 16 mai 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 6, pour examiner les répercussions du vieillissement sur la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[Français]

La présidente : Nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui au nom du Conseil des aînés du Québec, M. William Murray; de la Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie, M. Paul Rodrigue et M. Jacques Demers; et de l'Université du troisième âge, M. Gilles Beaulieu.

Au nom de mes collègues, je vous souhaite la bienvenue.

William Murray, agent de recherche, Conseil des aînés du Québec : Madame la présidente, je vous remercie. Je suis très heureux de vous présenter la position du Conseil des aînés en matière du vieillissement, une position qui est très générale et très succincte.

Au nom du conseil, j'aimerais vous communiquer que nous sommes très contents que le Sénat se soit intéressé à cette question générale du vieillissement. Je crois que cela reflète un intérêt grandissant de nos politiques face à ce phénomène. Nous savons très bien qu'ici au Québec nous avons pu constater que les médias s'intéressent plus ou moins au phénomène du vieillissement ou de façon plus ou moins biaisée.

À titre d'exemple, nous avons eu la consultation de Mme Blais, la ministre aux aînés du Québec, qui a été assez mise de côté par la commission Bouchard-Taylor sur les relations interculturelles. L'immigration est un enjeu fort important, mais en même temps le vieillissement touchera tout le monde au même titre, et peut-être même plus encore que les relations interculturelles, qui concernent les centres urbains et métropolitains au Québec.

Le vieillissement concerne tout le monde, toute la société, que nous soyons jeunes ou vieux. Éventuellement au Québec, la population d'aînés sera très importante, ce qui influencera de façon significative les politiques.

I would like to talk to you first about the role of the Conseil des aînés, which in fact is essentially governmental. It is to advise the Quebec government on aging and demographic change, but also on individual aging, how people can live in their communities and how they can age in good health, how to address these problems in cases of vulnerability or exclusion.

I am going to try to focus my presentation as much as possible on the second report tabled by the Senate committee, then address a series of issues in the context of the discussions. All the issues addressed in the Senate committee's second report concern, to the highest degree, the Conseil des aînés, which has issued opinions on those questions. I will therefore be very much open to discussing your main concerns with you.

As I have used the Internet version of the report, I may refer you to pages that are not those of the report that was distributed to me earlier. On page 5 of my version, so probably page 2 of your report, under the title "Defining Seniors," the council has a role in conveying a positive image of aging among the Quebec population. That is one of the official mandates in the act and it defines the mandate of the Conseil des aînés.

When we act in the field, we try to act on the basis of positive images, relying on the fact that seniors are not systematically people who are losing their abilities. On the contrary, we know that seniors participate very significantly in society, both financially and socially, and we prefer to emphasize that point.

That is why, where reference is made, on page 2 of your version of the report, to aging as meaning the onset of functional or social problems, we feel that these are ageist assumptions underlying the definition, and we cannot support this type of definition of aging. We prefer a more traditional, chronological version of aging, while clarifying various problems, various aspects of life that change as the life cycle evolves.

There are definitely adjustment needs when people age, and that affects various aspects, which you mention in the report, and which I found very interesting. I thought this was an excellent summary of all the issues related to society's adjustment to what will be the major phenomenon of aging in the coming years.

The various aspects concerned are the funding of various programs, integration of services, the adjustment of health services in general, but also of community services, transportation services, support for family, that is caregivers. I am going to take them one by one and refer to the guidelines, which we can discuss later.

J'aimerais vous parler, dans un premier temps, du rôle du Conseil des aînés, rôle qui est en fait essentiellement gouvernemental; c'est de conseiller le gouvernement du Québec en matière de vieillissement, en matière de changements démographiques, mais aussi en matière de vieillissement individuel, comment les gens peuvent bien vivre dans leurs communautés et comment ils peuvent vieillir en santé, comment pallier ces problèmes dans des cas où il y a vulnérabilité ou exclusion.

Je vais essayer de centrer au maximum ma présentation sur le second rapport qui a été proposé par le comité sénatorial, pour ensuite aborder, dans le cadre de discussions, un ensemble d'enjeux. Tous les enjeux qui ont été abordés dans le cadre du second rapport du comité sénatorial concernent au plus haut point le Conseil des aînés qui a émis des avis sur ces questions. Je serai donc très ouvert à discuter avec vous sur vos préoccupations principales.

J'ai utilisé la version Internet du rapport, donc je vais peut-être vous référer à des pages qui ne sont pas celles du rapport qu'on m'a remis tout à l'heure. En page 5 de ma version, donc probablement en page 2 de votre rapport sous le titre « Définition du vieillissement », Le conseil a un rôle de véhiculer une image positive du vieillissement au sein de la population québécoise. C'est un des mandats officiels inscrit dans la loi et qui définit le mandat du Conseil des aînés.

Lorsque nous agissons sur le terrain, nous tentons d'agir sur des images positives en misant sur le fait que les aînés ne sont pas systématiquement des gens en perte de capacité. Au contraire, nous savons que les aînés participent de façon très importante tant sur le plan financier que social, que filial, dans la société, et c'est sur ce point que nous préférons insister.

C'est pourquoi qu'en page 2 de votre version du rapport, lorsqu'on parle du vieillissement comme l'apparition de problèmes fonctionnels ou sociaux, pour nous ce sont des présupposés âgistes sous-jacents à cette définition, et nous ne pouvons pas adhérer à ce type de définition du vieillissement. Nous préférons adhérer à une version plus traditionnelle, chronologique du vieillissement, tout en décantant différents problèmes, différents aspects de la vie qui change selon l'évolution du cycle de vie.

Il y a certainement des besoins d'adaptation quand les personnes vieillissent, et cela se répercute sur différents aspects, que vous mentionnez très bien dans le rapport, et que j'ai trouvés fort intéressants. J'ai trouvé que c'était une excellente synthèse de l'ensemble des enjeux qui sont reliés à l'adaptation de la société à ce phénomène important que sera le vieillissement dans les prochaines années.

Les différents aspects concernés sont le financement de différents programmes, l'intégration des services, l'adaptation des services de santé de façon générale, mais aussi des services communautaires, les services de transport, et le soutien aux proches, soit les aidants. Je vais les prendre un par un et évoquer les lignes directrices sur lesquelles nous pourrions discuter tout à l'heure.

With respect to the funding of various programs, regardless of level of government, I believe that the report you have issued focuses more on the role of the federal government, and that is readily understood. I would like to state a guiding principle, which is that of the Conseil des aînés du Québec, when the time comes to discuss the funding of programs in the Province of Quebec. I believe that can apply to the way in which relations between the federal government, the provinces and territories are managed for the future.

Earlier I was listening to the testimony of this morning's speakers, first of all Mr. Hébert, who said we especially should not start establishing standards in the provincial or territorial health systems other than those that already exist and which are highly complex. That is what I understood from his speech. I am very familiar with his speech, but I believe this is an important point in the management of resources. It applies to health, but also in all fields.

Ms. Gravel told us about her experience in the field, which involves taking local needs and channelling them in order to generate not only financial wealth, but social and collective wealth as well. I believe this is a much more relevant approach than a general standards and objectives approach that is imposed on cities and towns and is not all that appropriate to the situation. If we want to talk about efficiency and effectiveness, if we want to be pragmatic, I believe we have to act on the basis of the cities and towns, first and foremost, and that is the council's position.

We are in favour of program funding. Having organizations in an attempt to decentralize as far as possible is also something the council has included among its orientations. That is the guideline I would like to discuss with you later with regard to funding for the systems as a whole.

The Senate Committee's report mentions certain aspects such as drug insurance, home care and gerontology training, all aspects in which it would perhaps be preferable, from the standpoint of the federation as a whole, to let the communities organize matters based on local needs.

It seems to me that the pragmatic approaches such as Ms. Gravel's non-profit organization, without being funded at the outset, have achieved positive results and a very significant impact. Why not support projects like that rather than establish general standards?

We do not have to duplicate programs as much as possible. Your report talks about integrating services in the health community. I have read a lot of reports on the subject. I was a professional in Quebec's health department for nearly six years, and that is my specialty, if you will. I have read a few reports by Senator Keon.

Integrating services is very effective in the health field. Integration developed as an organizational technique in the health field because the means were there to do so, because people understood first of all that this is a complex system, but a system

Pour ce qui est du financement des différents programmes, peu importe le palier du gouvernement, je crois que le rapport que vous avez émis est plus axé sur le rôle du gouvernement fédéral, et cela se comprend très bien. J'aimerais énoncer un principe directeur, qui est celui du Conseil des aînés du Québec, au moment de discuter de financement de programmes au sein de la province du Québec. Je crois que cela peut s'appliquer à la façon de gérer les relations entre le fédéral, les provinces et les territoires pour l'avenir.

J'écoutais tout à l'heure les témoignages des intervenants de ce matin; d'abord M. Hébert, qui disait qu'il ne faut surtout pas commencer à établir des normes dans le réseau de la santé provincial ou des territoires autres que celles qui existent déjà et qui sont très complexes. C'est ce que j'ai compris de son discours. Je connais bien son discours, mais je crois que c'est un point important dans la gestion des ressources. Cela s'applique en santé, mais aussi dans tous les domaines.

De son côté, Mme Gravel nous a parlé de son expérience sur le terrain, qui est de prendre des besoins locaux et de les canaliser pour générer non seulement la richesse financière, mais la richesse sociale et collective. Je crois que c'est une approche qui a beaucoup plus d'impact sur le plan de la pertinence, qu'une approche de normes et d'objectifs généraux que l'on vient imposer à des localités et qui collent plus ou moins aux réalités. Si on veut parler d'efficacité et d'efficacités, si nous voulons être pragmatiques, je crois qu'il faut agir en fonction des localités d'abord et avant tout, et c'est la position du conseil.

Nous sommes en faveur avec le financement des programmes. Des organismes pour tenter de décentraliser au maximum, c'est aussi l'orientation qu'a prise le conseil parmi ses propres orientations. C'est la ligne directrice que j'aimerais discuter avec vous plus tard pour ce qui est du financement de l'ensemble des systèmes.

Le rapport du Comité sénatorial fait mention de certains éléments, par exemple, l'assurance-médicament, les soins à domicile, la formation en gérontologie, tous des aspects dans lesquels il serait peut-être préférable, du point de vue de la fédération dans son ensemble, de laisser les communautés s'organiser en fonction des besoins locaux.

Il me semble que les approches pragmatiques comme l'organisme à but lucratif de Mme Gravel, sans être financée au départ, ait eu des résultats positifs et un impact très important. Pourquoi ne pas soutenir des projets comme celui-là plutôt qu'établir des normes générales?

On n'a pas à dupliquer les programmes autant que possible. Votre rapport parle d'intégration des services dans le milieu de la santé. J'ai moi-même lu beaucoup de rapports sur le sujet. J'ai été professionnel au ministère de la Santé du Québec pendant près de six ans et c'était ma spécialité, si l'on veut. J'ai lu quelques rapports du sénateur Keon.

Intégrer les services, c'est très efficace en santé. L'intégration s'est développée comme technique organisationnelle dans le milieu de la santé parce qu'on a eu le moyen de le faire, parce qu'on a compris tout d'abord que c'est un système complexe, mais

that aims to achieve the same ends. When you aim to provide support for seniors more generally, I believe the same principle applies.

Acting locally, acting in a coordinated manner, but not just from a health or social services perspective: these are more silos that we are creating here. This means involving people who are linked to the transportation sector, who form community organizations; all these players can be active and act in a coordinated manner. We are talking about social adjustment here, not just about the adjustment of systems that are formally and commonly funded by our governments.

I believe this approach should be developed and scientifically documented first before it appears in the policies. I think that the aging study is a good opportunity to review certain governance methods in the provinces and territories, but also in the federal government, which, as I said earlier, I see more as a source of funding, but at the same time as something that can set clear objectives and, as Dr. Hébert said this morning, which could serve as a lever for the provinces, territories and regions in supporting certain policies that correspond to our values as Canadians.

In this service integration context, which I view more broadly, why not also promote the participation, the empowerment of our seniors as much as possible, and why not society as a whole? Your report was very clear-sighted in stating that people's involvement in volunteer work or in social participation, in the board sense here, begins at a younger age. If university students start getting involved in student associations, they will develop habits of social conscience and involvement that will continue as they age.

My final remarks concern federal transfers. This sometimes applies to certain provincial programs as well. We must ensure that funding continues. For example, there is no guarantee that the Canada health transfer will continue; it is only a 10-year agreement.

How do we go about ensuring that these social adjustment methods, which are developing through supplementary funding, can be maintained? When you change a social adjustment structure in the face of a phenomenon like aging, it is subsequently very hard to change it. It takes at least five to 10 years to adjust a system to a social phenomenon.

In the time it takes to fund a certain number of systems, the system is barely established, and if funding is stopped, everything has to start over from scratch. It is not logical or prudent for a government, whatever it may be, to operate in this way.

Paul Rodrigue, Treasurer, Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie: Madam Chair, I would like to thank you for coming to Sherbrooke to meet with us.

un système qui vise les mêmes fins. Quand on vise un soutien aux aînés de façon plus générale, je crois que le même principe s'applique.

Agir localement, agir de façon coordonnée, mais pas seulement d'un point de vue santé ou services sociaux, c'est encore des silos qu'on crée ici. C'est d'impliquer des gens qui sont liés au milieu du transport, qui sont les organismes communautaires, tous ces acteurs peuvent être actifs et agir de façon coordonnée. On parle d'adaptation sociale ici, on ne parle pas seulement d'adaptation de systèmes financés de façon formelle et de façon courante par nos gouvernements.

Cette approche, je crois, doit être développée; elle doit être documentée sur le plan scientifique d'abord, avant d'apparaître dans les politiques. Je pense que l'étude sur le vieillissement est une bonne occasion pour revoir certains modes de gouvernance dans les provinces et territoires, mais aussi au gouvernement fédéral, que je vois, comme je le disais tout à l'heure, davantage comme une source de financement, mais en même temps quelqu'un qui peut poser des objectifs clairs et, comme le disait le Dr Hébert ce matin, qui pourrait servir de levier pour les provinces, les territoires et les régions pour appuyer certaines politiques qui correspondent à nos valeurs comme population canadienne.

Dans ce cadre d'intégration des services que je vois de façon plus large, pourquoi ne pas aussi favoriser au maximum la participation, l'« empowerment » de nos personnes âgées, et pourquoi pas l'ensemble de la société. Votre rapport a été très clairvoyant quand il parle que l'implication des gens sur le plan du bénévolat ou sur le plan de la participation sociale, au sens large ici, elle commence à un plus jeune âge. Si un étudiant à l'université commence à s'impliquer dans les associations étudiantes, il va développer des habitudes de conscience sociale et d'implication qui vont se perpétuer en vieillissant.

Ma dernière remarque concerne les transferts fédéraux. Cela s'applique aussi parfois à certains programmes provinciaux. Il faut assurer la pérennité des financements. À titre d'exemple, la pérennité n'est pas assurée pour le transfert canadien pour la santé, ce n'est qu'une entente sur dix ans.

Comment faire pour que ces modes d'adaptation sociale qui se développent à partir de fonds supplémentaires puissent être maintenus? Quand on change une structure d'adaptation sociale face à un phénomène tel le vieillissement, c'est très difficile de la changer par la suite. Cela prend au moins cinq à dix ans avant d'adapter un système à un phénomène social.

Le temps qu'on prend pour financer un certain nombre de systèmes, le système est à peine implanté qu'on arrête le financement et tout est à recommencer à zéro. Ce n'est pas logique, ce n'est pas prudent de la part d'un gouvernement, quel qu'il soit, de fonctionner de cette façon.

Paul Rodrigue, trésorier, Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie : Madame la présidente, j'aimerais vous remercier d'être venu à Sherbrooke pour nous rencontrer.

It would take about 10 to 12 minutes to read the brief that I have sent you. Since I was told not to take more than five minutes, I have condensed it.

We read with interest both draft reports that you have prepared. They contain enough material for hours of exchange and discussion. We will therefore limit ourselves to the essential, and we will leave the specialized groups to share their expertise in their respective fields.

First, we will discuss the ministère de la Famille et des Aînés, the Department of Seniors. The Table régionale de concertation des aînés de l'Estrie was one of the first to request the establishment of such a department in Ottawa. As for the Conférence des tables régionales, the regional steering committee conference, it sent a resolution calling for the establishment of a portfolio department at the federal and provincial levels.

One of the regional steering committee's concerns is the poverty and low incomes of elderly persons. We have undertaken some initiatives and supported all approaches aiming to improve the situations of vulnerable seniors. Statistics Canada has established \$21,665 as Canada's poverty threshold. The Canada Pension Plan, the Guaranteed Income Supplement and the Quebec Pension Plan together add up to about \$15,800. It is important for the total of these benefits to amount to at least the poverty threshold. It is vital that our elderly people no longer have to choose between food, medications, dental care and glasses.

In addition, special consideration should be given to widows aged 55 to 65 who have earned no income and are living in particularly precarious circumstances. I am sure you know of some in your circle.

It is incomprehensible that the Canadian government has not yet implemented automatic enrolment in the Guaranteed Income Supplement. This unfairness must be corrected for people who are entitled to, but have not claimed their benefits for one reason or another. We therefore insist on an automatic GIS enrolment and retroactive payments to those who are entitled to but have not yet received them.

Volunteer work in Canada has been valued at several billions of dollars. This volunteer work represents enormous savings for the country. A great deal of this work is done by seniors, the majority of whom are women. Many volunteers must spend from their own pockets in order to provide these services. And elderly volunteer workers certainly get tired easily. The value of this work should be recognized by implementing financial measures in support.

Because many seniors pay little or no taxes, fiscal measures are perhaps not the best solution in this case. We should consider financial compensation in the form of training for volunteers, reimbursement of expenses involved in doing volunteer work, and assistance to volunteer organizations.

How can we talk about volunteer work without mentioning the special challenges faced by family and neighbour caregivers? We would like to highlight three aspects that should be considered:

La lecture du mémoire que je vous ai fait parvenir prendrait environ 10 à 12 minutes. On m'a dit de ne pas prendre plus que cinq minutes, alors je l'ai condensé.

Nous avons lu avec intérêt les deux rapports préliminaires que vous avez produits. Il y a là du matériel pour plusieurs heures de discussions. Nous nous limiterons donc à l'essentiel et laisserons les groupes spécialisés partager l'expertise qu'ils ont dans leur domaine.

Parlons d'abord du ministère de la Famille et des aînés. La Table régionale de concertation des aînés de l'Estrie a été l'une des premières à demander la mise en place de ce ministère à Ottawa. La Conférence des tables régionales, quant à elle, a envoyé une résolution demandant l'établissement d'un ministère avec portefeuille au fédéral et au provincial.

Une des préoccupations de la Table régionale touche la pauvreté et les revenus des personnes âgées. Nous avons initié certaines démarches et appuyé toutes les démarches qui amélioreraient la situation des aînés vulnérables. Statistique Canada a établi à 21 665 \$ le seuil de pauvreté au Canada. Le combiné de la pension du Canada, du Supplément de revenu garanti et de la Régie des Rentes du Québec donne environ 15 800 \$. Il est important que le total de ces allocations soit au moins égal au seuil de la pauvreté. Il est capital que nos aînés n'aient plus à choisir entre la nourriture, les médicaments, les soins dentaires, les lunettes et l'habillement.

De plus, il faut porter une attention spéciale aux veuves de 55 à 65 ans qui n'ont pas eu de revenus d'emploi et qui se retrouvent dans des situations particulièrement précaires. Je suis certain que vous en connaissez dans votre entourage.

Il est incompréhensible que le gouvernement canadien n'ait pas encore mis en place de système d'adhésion automatique au Supplément de revenu garanti. Il faut corriger l'iniquité envers les personnes qui y avaient droit, mais qui ne l'ont pas réclamé pour toutes sortes de raisons. Nous insistons donc pour l'adhésion automatique au SRG et pour le versement d'un paiement rétroactif à tous ceux qui y avaient droit et qui ne l'ont pas reçu.

Ce sont plusieurs milliards de dollars que représente le bénévolat au Canada. Ce travail bénévole représente des économies colossales pour l'État. Les aînés, majoritairement des femmes, sont une partie très importante de ce travail. Plusieurs bénévoles doivent déboursier de leur poche pour rendre service. Les bénévoles âgés vieillissent et vivent un essoufflement certain. Il faut reconnaître la richesse de ce travail et mettre en place les mesures financières pour la préserver.

Comme plusieurs aînés ne paient pas ou peu d'impôt, les mesures fiscales ne sont peut-être pas des mesures à privilégier. Il faut penser à des compensations financières sous forme de formation de bénévoles, de remboursement des frais engagés pour le travail bénévole et d'aide aux organismes qui utilisent le service des bénévoles.

Comment parler de bénévolat sans songer aux défis particuliers des aidants naturels ou des proches aidants? Nous voulons souligner trois aspects qu'il faut considérer : premièrement, la

first, training to enable helpers to adequately accomplish their tasks; second, relief services for helpers; and, third, long-term care.

The Regroupement des aînés will speak on these subjects. As for us, we insist that training be given to home helpers and homecare providers.

Social economy cooperatives and housekeeping services have neither the material nor the financial resources to provide their employees with adequate training. The quality of interventions therefore suffers, and by the same token, beneficiaries suffer as well. This can lead to cases of mistreatment and violence.

Home care is a major concern for us, as are abuse and violence. We are constantly working to support the development of prevention and intervention tools for vulnerable seniors, and we must remain constantly vigilant.

Funding for services remains a key problem for the majority of groups who are working with seniors. We are convinced that part of Ottawa's surplus could be used to support the essential work of these groups.

The committee is also concerned about housing and accommodation for elderly persons. We advocate a relaxing of the rules of the Canada Mortgage and Housing Corporation to make rents more affordable, especially for low-cost housing. It is vital for building code requirements to take into account the day-to-day realities of people who have lost their independence or who live alone. We should promote services such as common rooms, shared kitchens, shopping services, and common laundries in low-cost housing arrangements.

Transportation is vital for the autonomy of seniors, and it usually plays a determining role in enabling an elderly person to live at home. Adequate transportation structures that meet the needs of the elderly, in terms of physical structure, for example buses that adjust their height to the sidewalk, availability, frequency, safety and costs, are essential. Initiatives by adapted transport and rural transport groups should be funded to enable our seniors to remain independent. Communities must adapt to the aging of their citizens. Everyone benefits, both young and old.

From this perspective, the regional steering committee fervently hopes that any decisions that the government takes will consider the impact on an aging population. We are not just talking about today's seniors, but all citizens, who will one day be old. Today's decisions, like tomorrow's, must be made in consideration of the impact not only on current seniors, but also on generations to come.

To have and maintain good health, people need recreation and physical activities or sports. Incentive and facilitating measures should be put forward to encourage all citizens to be active, whether by tax credits and reimbursements for enrolling in

formation permettant de bien accomplir les tâches d'aidants; deuxièmement, le répit pour les aidants; et troisièmement, les soins à prodiguer.

Le Regroupement des aînés témoignera devant vous à ce sujet. Quant à nous, nous insistons sur la formation donnée aux aidants ainsi qu'aux intervenants qui donnent des soins à domicile.

Les coopératives d'économie sociale et de services d'entretien ménager n'ont pas les ressources matérielles ni financières pour assurer une formation adéquate de leurs employés. La qualité des interventions en souffre et par le fait même, les bénéficiaires, ce qui peut entraîner des situations de maltraitance et de violence.

Les soins à domicile sont une grande préoccupation pour nous, tout comme le sont l'abus et la violence. Nous travaillons continuellement à soutenir le développement d'outils de prévention et d'intervention auprès d'aînés vulnérables, et notre vigilance demeure constante.

Le financement des services demeure un problème majeur pour la majorité des groupes qui travaillent auprès des aînés. Nous demeurons convaincus qu'une partie des surplus d'Ottawa pourrait servir à soutenir le travail essentiel de ces groupes.

La table est préoccupée par le logement et l'hébergement des personnes aînées. Nous appuyons les mesures d'assouplissement dans les règles de la SCHL pour rendre plus accessibles les loyers, spécialement dans les HLM. Il est primordial que les exigences du Code du bâtiment tiennent compte de la réalité vécue tous les jours par les personnes en perte d'autonomie ou vivant seules. Il faut préconiser de tels services, tels les salles communautaires, les cuisines partagées, les services de dépannage et de buanderie commune dans les HLM.

Le transport est un enjeu d'ultime importance dans l'autonomie des aînés. Son rôle est souvent déterminé pour permettre à l'aîné à demeurer à domicile. Des structures de transports adéquats qui répondent aux besoins des aînés, tant par sa structure physique, par exemple, des autobus qui s'ajustent à la hauteur du trottoir, que par sa disponibilité, sa fréquence, sa sécurité et ses coûts sont essentiels. Il faut soutenir le financement et les efforts des groupes de transport adapté ou de transport en région rurale, qui permettent à nos aînés de demeurer autonomes. Les milieux de vie doivent s'adapter au vieillissement de leurs citoyens. Tous en bénéficieront, les plus jeunes comme les plus âgés.

Dans cette optique, la Table régionale souhaite ardemment que le gouvernement songe à l'impact sur le vieillissement. On ne parle pas ici que des aînés, mais de tous les groupes de citoyens qui deviendront aînés un jour. Il faut que les décisions d'aujourd'hui, comme celles de demain, se fassent en considération de l'impact sur les générations aînées actuelles, mais aussi sur les générations à venir.

Pour avoir et maintenir une bonne santé, il faut avoir des loisirs et faire de l'activité physique ou sportive. Des mesures incitatives pour que monsieur et madame Tout-le-Monde soient actifs doivent être mises de l'avant, soit par crédit ou remboursement

activities, by setting up community centres to meet the needs of seniors in communities where there are none, or by adapting facilities to the needs of an aging clientele.

The Eastern Townships' regional steering committee for seniors has deliberately not brought up the subject of health care. We know that credible groups will do that. However, we are not unaware of the importance of this subject.

Sherbrooke is one of the rare towns to have a policy for hosting and integrating immigrants, and that is to its credit. However, we must not ignore the challenges of integrating aging immigrants. The inability to speak French and the prejudices surrounding so-called strangers are important barriers to integration.

Ways must be established to support and assist immigrant groups in order to facilitate their entry into seniors groups in our society, thereby preventing isolation. Services must be adapted to meet the needs of this particular clientele.

Age discrimination is a phenomenon that we have to address. We must ensure that seniors are considered full citizens in our society. We recommend the implementation of awareness programs.

Prejudice is usually the result of ignorance and perceived differences. The regional steering committee believes that the basic age criteria for service delivery create inconsistencies. People, whether old or young, experience different realities and should receive services according to their needs, not their age.

The retirement criteria and systems should be reviewed with the aim of preserving individual freedom of choice. A manpower shortage has been announced, and many people would like to keep on working. The CPP, GIS, employment insurance and QPP rules should be made more flexible to accommodate individual cases and individual needs. By harmonizing the taxation laws, workers could be encouraged to stay in their jobs as long as they want, without imposing penalties on their benefits.

We are very aware that aging populations do not live in the same manner and at the same rhythm in different countries. Your finding in point 84 is critical, that we must "establish supplementary programs to compensate for unequal aging across the provinces." Quebec is the province where people age most rapidly. We must rethink the notion of equalization in order to restore equity to the growing needs of these citizens. The federal government's essential role is to develop the policy frameworks, laws and regulations for Canada's seniors.

You have an opportunity to recommend concrete actions aimed at improving quality of life for our seniors. We are counting on your expertise and openness to ensure that it is good to live and grow old in Canada and Quebec.

d'impôt pour les inscriptions aux activités ou encore par l'établissement d'un centre communautaire dans les milieux où il n'y en a pas encore de locaux adaptés aux besoins d'une clientèle vieillissante.

C'est volontairement que la Table régionale des aînés de l'Estrie n'aborde pas le sujet des soins de santé. Nous savons que des groupes crédibles le feront. Toutefois, nous ne négligeons pas l'importance de ce sujet.

Sherbrooke est l'une des rares villes à avoir une politique d'accueil et d'intégration des immigrants, et c'est tout à son honneur. Toutefois, il ne faut pas négliger les défis d'intégration des aînés immigrants. La non-connaissance du français ainsi que les préjugés entourant les étrangers sont des obstacles importants à leur intégration.

Il faut établir des modes de soutien pouvant aider les regroupements d'immigrants à faciliter l'insertion de leurs aînés dans notre société afin de prévenir leur isolement. Les services doivent être adaptés pour répondre aux besoins de cette clientèle particulière.

L'âgisme est un phénomène dont il faut se préoccuper. Il faut s'assurer que les aînés soient considérés comme des citoyens à part entière dans notre société. Nous recommandons la mise en place de programmes de sensibilisation.

Les préjugés sont souvent la résultante du manque de connaissances et de la différence perçue. À la Table régionale, nous croyons que le critère basé sur l'âge pour la prestation de services crée des incohérences. Les gens, aînés ou autres, vivent des réalités différentes et doivent recevoir les services en fonction de leurs besoins et non en fonction de leur âge.

Les critères et les régimes de mise à la retraite doivent être révisés pour préserver la liberté de choix des individus. Une pénurie de main-d'œuvre est annoncée, plusieurs personnes voudront continuer de travailler. Il faut assouplir les règles des RPC et des SRG, assurance-chômage et RRQ pour tenir compte de la situation de chacun et de leurs besoins. Une harmonisation des mesures fiscales devrait encourager les travailleurs à poursuivre leurs activités selon leurs désirs, sans qu'il leur soit imposé des pénalités à leur rémunération.

Nous sommes très conscients que le vieillissement de la population ne se vit pas de la même façon et au même rythme à travers le pays. Le constat que vous faites au point 84 de votre rapport est crucial, soit qu'il faut établir des programmes supplémentaires pour compenser le vieillissement inégal d'une province à l'autre. Le Québec est la province où le vieillissement de la population est plus évident. Il faut revoir la péréquation afin de rétablir l'équité par rapport aux besoins grandissants de ses citoyens. Le rôle du gouvernement fédéral est essentiel dans l'encadrement de politiques, de lois et de règlements en ce qui concerne les personnes aînées au pays.

Vous avez l'occasion de recommander des actions concrètes pour améliorer la qualité de vie des citoyens aînés au pays. Nous comptons sur votre expertise et votre ouverture pour faire en sorte qu'il fasse bon vivre et vieillir au Canada et au Québec.

Gilles Beaulieu, Development Officer, University of the Third Age: Madam Chair, this is the first time I have had the privilege of speaking to a group of senators. I am moved. I was not ready to die yet!

Ms. Keli Hogan told me earlier that a few organizations had chosen to give evidence. We are very pleased that the University of Sherbrooke's University of the Third Age has been selected.

We have read your documentation, particularly the second interim report. You identify four broad themes. Questions 2, 4 and 5 are directly related to the concerns of the University of Sherbrooke's University of the Third Age. We will have a wish to make regarding question 4, which concerns income and retirement itself.

I will present the main points on the organization of the University of the Third Age, a few facts about our experience and some wishes or conditions for its maintenance.

You have a copy of the document that was translated into the second language, or the first, depending on your point of view.

The University of the Third Age of the University of Sherbrooke was founded in 1976, and we are the first senior citizen university in North America. So we have been around for more than 30 years. We are attached to the Faculty of Education of the University of Sherbrooke. We are members of the International Association of the Universities of the Third Age, a global organization that is unfortunately not that active, particularly in Europe.

The UTA's basic mission is to provide senior students, those 50 years of age and over — because we also have early retirees who come to our activities — with educational activities for the pleasure of learning throughout their lives, without any degree required or examinations. So it is really for pleasure.

One feature of the University of the Third Age is that we avoid all competition. If an activity is already offered by another organization in the community, such as computers or language courses, we do not offer those courses. We also supplement activities offered in the community. People may want to go a little further, so we can call on resource persons who can meet the needs.

The fundamental objectives of the UTA are to facilitate knowledge acquisition; combat isolation among seniors; promote the integration of seniors in cultural and social life; promote exchange; support individuals in their desire for accomplishment — as you can see, we are directly involved with a number of the committee's issues — and to provide society with a new wave of dynamic and responsible senior citizens. One point I might add is that all activities must be offered at the lowest possible cost.

Gilles Beaulieu, agent de développement, Université du troisième âge : Madame la présidente, c'est la première fois que j'ai le privilège de parler à un groupe de sénateurs. Je suis ému. Je n'étais pas prêt à mourir encore!

Madame Keli Hogan me disait tantôt qu'il y a quelques organismes qui ont été choisis pour livrer un témoignage. On est bien heureux que l'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke ait été choisie.

On a pris connaissance de votre documentation, en particulier du deuxième rapport préliminaire. Vous posez quatre grandes questions. Les questions 2, 4 et 5, concernent directement les préoccupations de l'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke. Nous aurons un souhait à formuler en ce qui concerne la question 4, qui touche les revenus et la retraite elle-même.

Je présenterai les grandes lignes sur l'organisation l'Université du troisième âge, quelques faits de notre vécu, et quelques souhaits ou des conditions facilitantes pour son maintien.

Vous avez un exemplaire du document qui a été traduit dans la deuxième langue, ou la première, selon le point de vue.

L'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke a été fondée en 1976, et nous sommes la première université du troisième âge instituée en Amérique du Nord. Donc, nous existons depuis plus de 30 ans. Nous sommes rattachés à la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke. Nous sommes membres de l'Association internationale des Universités du troisième âge, un organisme mondial qui est malheureusement plus ou moins actif, surtout en Europe.

La mission fondamentale de l'UTA est d'offrir aux étudiantes et étudiants aînés soit les 50 ans et plus, — car nous avons des préretraités aussi qui viennent à nos activités — des activités éducatives pour le plaisir d'apprendre tout au long de leur vie, sans diplôme préalable ni examen. Donc, c'est vraiment pour le plaisir.

Une particularité de l'Université du troisième âge est que nous évitons toute concurrence. Si une activité est déjà offerte dans le milieu par un autre organisme, par exemple pour l'informatique, les cours de langue, nous n'offrons pas ces cours. Nous servons aussi de complément aux activités offertes dans le milieu. Il peut arriver que les gens veulent aller un peu plus loin, alors on peut faire appel à des personnes ressources qui peuvent répondre aux besoins.

Les objectifs fondamentaux de l'UTA sont de faciliter l'acquisition de connaissances; de combattre l'isolement chez les personnes aînées; de favoriser l'intégration des personnes aînées dans la vie culturelle et sociale; de promouvoir les échanges; d'appuyer les personnes dans leur désir d'accomplissement — vous voyez que nous sommes directement en lien avec plusieurs questionnements du comité — et de doter la société d'une nouvelle vague de citoyennes et citoyens aînés dynamiques et responsables. Un point que je pourrais ajouter est que toutes les activités doivent être offertes au moindre coût.

The educational approach. As there is no homework or exams, these students are auditors, no degrees are required, activities take place during the day in the fall and winter sessions, and quality standards are specific to all types of training offered by the University of Sherbrooke.

The teaching arrangements are highly varied, based on needs, courses, seminars, lectures and workshops. Subjects include history, health, philosophy and politics, but non-partisan politics.

With respect to organizational principles, the University of the Third Age is based on the participation and involvement of volunteers, who are retired, and thus a partnership between UTA management and the 26 student associations across Quebec. So these are retirees, volunteers, who work to identify needs and organize activities in response to demand in their community. And all that is done by volunteers, who are thus unpaid.

The Faculty of Education provides administrative support for funding, the management of tuition fees and payment of resource persons. We pay resource persons \$45 an hour, which barely covers their costs. Last year, we had some distinguished guests. For example, we had Roger Landry, former editor of *La Presse*; Alain Dubuc, an editorialist at *La Presse*; and Lorraine Pagé, former chair of the CEQ, to name only a few. And these people come for \$45 an hour. That is one of the conditions.

The student associations are allowed greater independence in the organization of self-funded learning activities. This considerable independence falls within a framework, and there is nothing partisan about it, as was said earlier. We do not want subjects to be conflictual, such as anything concerning retirees, esotericism or sensitive topics; there are so many other subjects to study. We avoid anything that can be conflictual. That is not at all within our goals. We do not want to create tension; on the contrary, we want to release tension, and we want to enable people to develop.

The university's presence. Quebec has 17 administrative regions, and we are established in 10 of them. We are not in more regions because there are similar universities and we do not compete.

Across Quebec, there are 26 third age satellites, and thus 26 student associations. A number of satellites have decentralized activities, since there are vast regions, but 45 local sites.

Some 500 volunteers cooperate in the organization of local activities, and that number is growing. We have 12,000 annual enrolments, and that too is growing.

As can be anticipated, we support the issues and topics that the committee is examining, which are entirely legitimate: staying physically and mentally active in order to ensure well-being. A host of activities are offered and developed to maintain active

L'approche éducative : comme il n'y a pas de travaux ni examens, ce sont des auditeurs libres, aucun diplôme n'est exigé, les activités se déroulent le jour pendant la session d'automne et de l'hiver, et les standards de qualité sont propres à toutes les formations offertes par l'Université de Sherbrooke.

Les formules pédagogiques sont très variées, en fonction des besoins, des cours, des séminaires, des causeries et des ateliers. En ce qui concerne les thèmes, il y a l'histoire, la santé, la philosophie, la politique, mais la politique non-partisane.

Au sujet des principes organisationnels, l'Université du troisième âge s'appuie sur la participation et l'implication de bénévoles, eux-mêmes retraités, donc, un partenariat qui existe entre la direction de l'UTA et les 26 associations étudiantes réparties sur tout le territoire du Québec. Ce sont donc des gens retraités, des volontaires, qui travaillent pour identifier des besoins, organiser des activités en réponse aux demandes dans leur milieu. Et tout cela est fait par des bénévoles, donc, non rémunérés.

La faculté de l'éducation donne un soutien administratif pour le financement, pour la gestion des frais de scolarité et pour le paiement des personnes ressources. On donne 45 \$ l'heure aux personnes ressources, ce qui couvre à peine leurs frais. L'année dernière, on a reçu des invités émérites. On a reçu, à titre d'exemple, Roger Landry, l'ancien éditeur de *La Presse*; Alain Dubuc, éditorialiste à *La Presse*; Lorraine Pagé, ancienne présidente de la CEQ, pour ne nommer que ceux-là. Et ces gens-là viennent à 45 \$ l'heure. Cela fait partie des conditions.

Une grande autonomie est laissée aux associations étudiantes dans l'organisation d'activités d'apprentissage autofinancées. Cette grande autonomie est à l'intérieur d'un cadre et il n'y a rien de partisan comme on le disait tantôt. On ne veut pas que les sujets soient conflictuels tels tout ce qui touche les retraités, à l'esotérisme ou à des cordes trop sensibles, il y a tellement d'autres sujets à étudier. Nous évitons tout ce qui peut être conflictuel. Ce n'est pas du tout les buts visés. On ne veut pas créer des tensions, au contraire, on veut libérer des tensions, et on veut permettre aux gens de se développer.

Rayonnement de l'université : le Québec compte 17 régions administratives et nous sommes présents dans dix de ces régions. Si nous ne sommes pas présents dans un plus grand nombre de régions, c'est qu'il y a des universités semblables, on n'entre pas en compétition.

Sur tout le territoire du Québec, il y a 26 antennes du troisième âge, donc, 26 associations d'étudiantes et d'étudiants. Plusieurs antennes ont des activités qui sont décentralisées étant donné qu'il y a de vastes régions, mais il y a 45 sites locaux.

Il y a plus de 500 bénévoles qui collaborent à l'organisation d'activités locales, et c'est en croissance. Nous sommes à 12 000 inscriptions annuelles, et c'est aussi toujours en croissance.

Comme on peut l'anticiper, nous appuyons les enjeux et les questionnements que le comité se pose, qui sont tout à fait légitimes : rester physiquement et mentalement actifs afin d'assurer le bien-être. Il y a une foule d'activités qui sont

neurons; so staying active is easy. We also offer activities such as folk dancing to enable people to stay physically active. There is also a cultural aspect.

We must maximize opportunities for seniors to be active members of society: involvement encourages this. Promoting people's vitality in old age and aging in the place of their choice: we have a new component that we are developing in this area. Earlier I told you that activities were offered at 45 sites, but now we are going beyond that. There are increasing number of residences for participating seniors. Where there is a sufficient number of individuals and we can secure self-funding, we also offer activities at seniors' residences, and this has become very successful. That, by and large, is what is going on at the University of the Third Age.

We would now like to state two facilitating conditions which could promote the vitality of retirees wishing to manage their own development. There is nothing new here. These are already identified on the lists of options proposed, but we are nevertheless emphasizing these points.

Valuing volunteer work: this can take the form of tax credits and the reimbursement of travel expenses, for example. These volunteers are not paid, but nevertheless incur personal expenses, and we should at least reimburse their expenses. That has already been identified.

Granting a tax credit for retiree training: we know that tax credits are currently granted when training is employment-related. Retirees no longer have jobs, and these tax credits are increasingly denied for retirees. If tax credits could be granted, that would be an additional incentive.

That, by and large, is what I wanted to present to you, and to tell you that the University of the Third Age of the University of Sherbrooke supports your efforts and is proud to tell you that your objectives are realistic and achievable, since, not to make any pretentious claims, we have been achieving them for some 30 years.

[English]

The Chair: Thank you all for wonderful presentations, which were very much focused on both our report and the need, in some cases, to broaden it and make it more inclusive, which is exactly why we are here to talk to you. Clearly, we heard some witnesses in the past and we wanted to come out to communities like yours to discuss these issues with people on the ground as opposed to the experts in the field.

Senator Mercer: Thank you, gentlemen, for being here this afternoon. We really do appreciate your participation and paid close attention to what you were saying.

offertes et qui favorisent le développement de neurones ou le maintien actif des neurones, donc rester mentalement actif est déjà un acquis. Nous offrons aussi des activités pour rester physiquement actif, telles les danses folkloriques. Il y a une dimension culturelle qui est aussi présente.

Il faut maximiser les possibilités pour les aînés d'être des membres actifs de la société : l'implication le favorise; favoriser l'épanouissement des personnes pendant la vieillesse, et vieillir à l'endroit de leur choix : nous avons un nouveau volet que nous développons à ce sujet. Je vous ai dit tantôt que les activités étaient offertes dans 45 sites, mais maintenant on va au-delà. Il y a de plus en plus de résidences de personnes du troisième âge qui participent. Lorsqu'il y a un nombre de personnes suffisant et qu'on peut assurer l'autofinancement, on donne aussi des activités dans les résidences pour personnes âgées, et cela connaît un très grand succès. C'est en gros ce qui se passe à l'Université du troisième âge.

Il y a maintenant deux conditions facilitantes qu'on aimerait émettre, qui pourraient favoriser l'épanouissement des personnes retraitées qui veulent gérer leur propre développement. Ce n'est rien de nouveau. C'est déjà identifié dans les listes d'options qui ont été proposées, mais on met l'accent quand même sur ces éléments.

Valoriser le bénévolat : cela peut prendre la forme de crédits d'impôt et le remboursement de frais de déplacement, à titre d'exemple. Ces bénévoles ne sont pas rémunérés, mais ont quand même des dépenses personnelles, et qu'au moins on rembourse leurs dépenses. C'est déjà identifié.

Accorder un crédit d'impôt pour la formation de retraités : on sait que les crédits d'impôt sont actuellement accordés quand c'est lié à un emploi. Les personnes retraitées n'ont plus d'emploi, et de plus en plus, ces crédits d'impôt sont tous refusés pour les personnes retraitées. Si on pouvait accorder des crédits d'impôt, cela serait une mesure incitative de plus.

C'est en gros ce que je voulais vous présenter, et vous dire que l'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke appuie votre démarche et est fière de vous dire que les objectifs que vous visez sont réalistes et réalisables, puisque nous les réalisons chez nous sans prétention depuis une trentaine d'années.

[Traduction]

La présidente : Je vous remercie tous pour ces excellents exposés. Vous vous êtes intéressés à notre rapport en soulignant la nécessité, dans certains cas, de l'élargir et de le rendre plus inclusif. Et c'est précisément ce qui nous amène ici aujourd'hui. Nous avons entendu certains témoins antérieurement et nous voulions venir dans des collectivités comme la vôtre pour discuter de ces questions avec des gens sur place, par opposition à des experts dans le domaine.

Le sénateur Mercer : Merci, messieurs, d'être venus ici cet après-midi. Nous vous sommes vraiment reconnaissants de votre participation et nous avons écouté avec beaucoup d'intérêt vos propos.

I am curious. You said that the university has been operating for some time; I believe you said since 1976.

Do you know of similar universities in Canada or North America? Are there other universities like University of the Third Age?

Mr. Beaulieu: I am sorry but I do not know. In Québec, it takes different forms.

[Translation]

At the University of Montreal, the organization is a bit different. They present *Les belles soirées*, but people have to travel to the university. At the Université du Québec à Montréal, there was a new program called *Générations*, and people had to travel to that too. At Laval University, to our knowledge, there is no organization as such, but it is apparently being developed. At the Université du Québec à Trois-Rivières, activities have been introduced. The University of the Third Age at the University of Sherbrooke has been the leader for 30 years now.

[English]

Senator Mercer: We discovered today that the University of Sherbrooke is leading the way in many things, which is good.

You talked about a tax credit for the training of retirees, and you quickly point out that currently that type of credit is available only for job-related training. Give me an idea of how you would see this work because this idea intrigues me.

[Translation]

Mr. Beaulieu: When volunteers file expense reports, we reimburse kilometrage expenses. When they attend meetings, they often have to travel far, and when they have meetings that last the entire day, we reimburse lunch expenses.

The university has the information, and could issue a new TP4 or TPZ form; we have the accounting, we have the training, and we could tell you whom we have reimbursed and the amount of expenses incurred as part of their volunteer duties. At that point, those documents could be appended to the tax return and, we hope, honoured by the revenue department.

That is the suggestion we are making. And all that would be managed by the accounting department of the University of Sherbrooke. The University of the Third Age is a bit like a department within the Faculty of Education at the University of Sherbrooke. The Finance Department at the University of Sherbrooke could manage all that.

[English]

Senator Mercer: One of the ongoing concerns that I have expressed to the committee is that the recordkeeping that we propose for tax credits, either for volunteering or, in this case, the

Je suis curieux. Vous avez dit que l'université existe depuis un certain temps, depuis 1976, si je ne m'abuse.

Savez-vous s'il existe des universités similaires au Canada ou en Amérique du Nord? Y a-t-il d'autres universités comme l'Université du troisième âge?

M. Beaulieu : Je suis désolé, mais je l'ignore. Au Québec, la formule prend différentes formes.

[Français]

À l'Université de Montréal, la formule est un peu différente. On présente *Les belles soirées*, mais les gens doivent se déplacer pour se rendre à l'université. À l'Université du Québec à Montréal, il y avait un nouveau programme qui s'appelait *Générations*, et là aussi les gens devaient se déplacer. À l'Université Laval, à notre connaissance, il n'y a pas d'organisation comme telle, mais semble-t-il que c'est en gestation. À l'Université du Québec à Trois-Rivières, il y a des activités qui ont été initiées. C'est l'Université du Troisième Âge de l'Université de Sherbrooke qui exerce un leadership depuis maintenant 30 ans.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Nous avons appris aujourd'hui que l'Université de Sherbrooke est un chef de file dans de nombreux domaines, ce qui est excellent.

Vous avez parlé d'un crédit d'impôt pour la formation des retraités, tout en ajoutant que présentement, ce type de crédit est disponible uniquement pour la formation reliée à l'emploi. Pouvez-vous m'expliquer comment cela fonctionnerait car cette idée m'intéresse.

[Français]

M. Beaulieu : Lorsque les bénévoles font des rapports de dépenses, nous remboursons les frais de kilométrage. Lorsqu'ils assistent à leurs réunions, ils ont souvent des déplacements importants à faire, et lorsqu'ils ont des rencontres qui durent toute la journée, on rembourse les frais pour le repas du midi.

L'université possède l'information, et pourrait émettre une nouvelle forme de TP4 ou de TPZ; on a la comptabilité, on a la formation, et on pourrait vous dire qui on a remboursé et le montant des dépenses encourues dans ses fonctions de bénévole. À ce moment-là, ces documents pourraient être annexés à la déclaration d'impôt et souhaitons-le, honorés par le ministère du Revenu.

C'est la suggestion que nous faisons. Et tout cela serait géré par le service de comptabilité de l'Université de Sherbrooke. L'Université du troisième âge est un peu comme un département à l'intérieur de la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke, c'est le département des Finances de l'Université de Sherbrooke qui pourrait gérer tout cela.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : L'une des préoccupations courantes que j'ai exprimées au comité est la suivante. Je crains que la comptabilité que nous proposons pour les crédits d'impôt, que

training of retirees, becomes the stumbling block of how it is done and how accurate it is. We do not want to put an administrative burden on the university, community group or charity that is involved. Do you see this as an issue?

Mr. Beaulieu: We already do it.

[Translation]

The only thing we do not do is issue receipts, but we already have all the accounting. We already know what amount we have reimbursed to such and such a person for kilometrage and meals. We already have the information in our systems. And I assume other structured organizations would have the same information.

In any case, that could give our volunteers a privilege and encourage them to get involved to a greater degree. Even if there were an associated cost, it would be worth it, because our volunteers invest a lot of their time and energy, and a number pay out of their pockets.

If we can at least offset the expenses associated with their volunteer work, that is the minimum we are asking.

Senator Chaput: Sir, at the university, you have basic resources, which means you have accounting services. Do you have any ties with a bigger university? How is it that you have these financial resources to pay people that a community group would not have?

Mr. Beaulieu: The University of the Third Age of the University of Sherbrooke is part of the University of Sherbrooke's education department. As a result, we have accounting services like any other faculty at the University of Sherbrooke. However, the rule is that every activity of the University of Sherbrooke's University of the Third Age must be self-funded. So what adult students have to pay to attend a series of talks of training is \$65 or \$70. Those amounts are used to pay: rent for the room when the room is not lent to us, the professor's salary, kilometrage and other material expenses required by the course, if photocopies have to be made and so on.

The rule is to keep expenses to a minimum to encourage people to come and take part in the activities. Forty-five dollars an hour for a resource person is not a lot, and we pay only for classroom time. We do not pay for preparation time.

I was a teacher all my life and we know that, for some content, the ratio of preparation hours to training hours can be 10 to one. We only pay for the one hour in which the service is provided. It is a choice that we make to pay teachers a minimum cost. That enables students to pay as little as possible for training.

Senator Chaput: Who does your accounting?

ce soit au titre du bénévolat ou, en l'occurrence, de la formation des retraités, fasse obstacle à cette initiative. La tenue des comptes n'est pas simple et il faut que les données soient fidèles. Nous ne voulons pas imposer un fardeau administratif à l'université, au groupe communautaire ou à l'organisme de bienfaisance participants. Considérez-vous que c'est un problème?

M. Beaulieu : Nous faisons déjà cette comptabilité.

[Français]

La seule chose que nous ne faisons pas c'est de donner des reçus, mais nous avons déjà toute la comptabilité. Nous savons déjà quel montant nous avons remboursé à telle personne pour son kilométrage et pour ses repas. Nous avons déjà l'information dans nos systèmes. Et je présume que d'autres organisations qui sont structurées auraient la même information.

De toute façon, cela pourrait donner un privilège à nos bénévoles et les inciter à s'impliquer davantage. Même s'il y avait un coût de rattaché, cela en vaudrait la peine, parce que nos bénévoles investissent beaucoup de leur temps et de leur énergie, et plusieurs déboursent de leur poche.

Si on peut compenser au moins les dépenses reliées à leur bénévolat, c'est le minimum qu'on demande.

Le sénateur Chaput : Monsieur, à l'université, vous avez des ressources de base qui font que vous avez les services de comptabilité. Est-ce que vous avez un lien avec une plus grande université? Qu'est-ce qui fait que vous avez ces ressources financières pour payer des gens qu'un groupe communautaire n'aurait pas?

M. Beaulieu : L'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke fait partie du département d'éducation de l'Université de Sherbrooke. À ce titre, nous avons les services de comptabilité comme toute autre faculté de l'Université de Sherbrooke. Toutefois, la règle est que toute activité de l'Université du troisième âge de l'Université de Sherbrooke doit s'autofinancer. Donc, ce que les étudiants adultes ont à payer comme frais pour participer à une série de conférences ou à une formation, c'est 65 \$ ou 70 \$. Ces montants servent à payer : la location de la salle lorsque la salle ne nous est pas prêtée, le salaire du professeur, son kilométrage, et les autres dépenses de matériel qui sont prévues par le cours, s'il y a des photocopies à faire, et cetera.

La règle est de maintenir les frais au minimum pour encourager les gens à venir participer aux activités. Quarante-cinq dollars l'heure pour une personne ressource, ce n'est pas beaucoup, et on paie que le temps en salle de cours. On ne paie pas le temps de préparation.

J'ai été pédagogue toute ma vie et on sait que pour certains contenus c'est peut-être un rapport de 10-pour-1, dix heures de préparation pour une heure de formation. On paie seulement l'heure de prestation de service. C'est un choix qu'on fait de payer les professeurs à un coût minimum. Cela permet aux étudiants de payer le moins possible pour la formation.

Le sénateur Chaput : Qui fait votre comptabilité?

Mr. Beaulieu: There are three clerks at the University of the Third Age secretariat, and they manage the time sheets and issue payments.

[English]

Senator Keon: Mr. Rodrigue, you rightly pointed out something that the committee believes in very strongly, and that is the tremendous wealth of knowledge, expertise and energy that lies in retired people. We agree that we are not tapping into that wealth appropriately.

I want to raise a paradox, the flip side. Let us use airline pilots as an example. As we have encouraged people not to embrace mandatory retirement, to remove mandatory retirement, I think it can subject the public to avoidable risks.

The pilots at Air Canada retire at age 60, but do so because they have mandatory retirement through their pilots association, not from Air Canada. Many of those pilots continue to fly other commercial airlines. I am sure that these men and women are responsible and not flying if they feel they are not capable of doing so. Nonetheless, their peers at Air Canada felt they were not up to it and asked them to retire at this age. There are some things that we just cannot escape in old age, no matter whether we retain our looks, vitality or whatever, we lose cognitive ability, we lose fine motor skills, we lose other things, and we just have to accept that.

What I am really groping for and I have asked this question before, is what should be put in place of mandatory retirement to be sure that we are not putting the public at risk by allowing people continue to work in professions beyond an age where they really are not safe to be working? Do you have any ideas?

Mr. Rodrigue: You are talking about Air Canada and that is a good example, but I will give you another example. Consider a retired provincial police officer or a firefighter. They can retire early at 48 years or 50 years of age. They retire with a big pension and then what do they do? They work for another agency, a private agency, and they work there for probably \$15 an hour. So, why work there for less? Why did the ex-officer or ex-firefighter not keep his or her job? This is our question.

If that person wants to work until age 55 or 60 years and is physically able to do it, why force him or her to take a pension? Keep the person at that job and do not let him go out work for nothing and take somebody else's job. When you hire those guys for \$12 an hour or \$15 an hour, you have a guy who could do that same job who is 35 years to 40 years old, who has a family, and who does not have the job because the retiree has an advantage on him because he has the experience.

M. Beaulieu : Il y a trois commis au secrétariat de l'Université du troisième âge, et ce sont eux qui gèrent les feuilles de temps et qui émettent les paiements.

[Traduction]

Le sénateur Keon : Monsieur Rodrigue, vous avez souligné à juste titre un élément auquel le comité souscrit entièrement, soit l'énorme bassin de connaissances, d'expertise et d'énergie que représentent les personnes retraitées. Nous sommes d'accord avec vous : on ne puise pas suffisamment dans ce bassin de connaissances.

Permettez-moi de présenter un paradoxe, le revers de la médaille. Prenons l'exemple des pilotes de ligne. Encourager les gens à refuser la retraite obligatoire, à la supprimer, peut faire courir à la population des risques évitables.

Les pilotes d'Air Canada prennent leur retraite à 60 ans. Ils le font parce que l'association des pilotes, et non Air Canada, leur impose une retraite obligatoire. Bon nombre de ces pilotes continuent de voler pour d'autres lignes aériennes commerciales. Je suis sûr que ces hommes et ces femmes sont responsables et ne prendraient pas les commandes s'ils ne s'en sentaient pas capables. Néanmoins, leurs pairs à Air Canada ont estimé qu'ils n'étaient pas aptes à continuer et leur ont demandé de prendre leur retraite à 60 ans. Il y a certains aspects du vieillissement auxquels on ne peut tout simplement pas échapper, peu importe que l'on conserve sa prestance, sa vitalité, et cetera, nous perdons du terrain au chapitre de l'habileté cognitive, de la motricité fine, et d'autres aspects, et nous devons tout simplement l'accepter.

J'essaie de cerner une certaine réalité. J'ai déjà posé la question suivante auparavant : au lieu de la retraite obligatoire, quel mécanisme pourrait-on instaurer afin de garantir que la population ne court pas de risques si l'on permet aux gens de continuer à travailler dans certaines professions? Il faut penser que cela pourrait compromettre la sécurité d'autrui. Avez-vous des idées?

M. Rodrigue : Vous parlez d'Air Canada, et c'est un bon exemple, mais permettez-moi de vous en donner un autre. Prenez le cas d'un pompier ou d'un agent de la police provinciale. Ces travailleurs peuvent prendre leur retraite tôt, à 48 ou 50 ans. Ils touchent une pension intéressante, et ensuite, que font-ils? Ils travaillent pour une agence privée, probablement pour 15 \$ l'heure. Par conséquent, pourquoi travailler pour une telle agence pour moins? Pourquoi cet ex-pompier ou ex-policier ne peut-il pas conserver son emploi? Voilà notre question.

Si cette personne souhaite travailler jusqu'à 55 ou 60 ans, et que sa condition physique le lui permet, pourquoi le forcer à prendre sa retraite? Il faudrait qu'elle puisse conserver son emploi et ne pas aller travailler pour un salaire ridicule tout en privant quelqu'un d'autre de cet emploi. Ces agences embauchent ces nouveaux retraités à 12 ou 15 \$ l'heure, alors qu'elles pourraient offrir un emploi à un homme de 35 à 40 ans qui a une famille à faire vivre. Malheureusement, ce n'est pas lui qui décrochera l'emploi parce que le retraité a l'avantage de l'expérience.

Senator Keon: You are absolutely correct and your point is very well taken. That is why mandatory retirement has been removed in many circumstances. However, I do have this concern that there are areas where I feel it should not be removed. We are moving toward a blanket removal of mandatory retirement. I think the airline pilots are a good example because the Air Canada pilots have said they will not fly a commercial aircraft after 60 years of age, no matter how good we look, but many of their former pilots are now flying other commercial airlines. There is nothing in place with some of these airlines, mind you, I know some of them are asking for mandatory retirement at age 65, but some of them are not asking for mandatory retirement at all. They are leaving that up to the individual pilot.

I know that pilots have to undergo careful annual evaluations, medical evaluations and so forth. I also know that a person can be evaluated medically, look very good and drop dead the next day. It concerns me that we have this blanket removal.

What I am groping for is people with your tremendous expertise to come forth and offer some guidance about this issue, because I think right now, it is a hole in the social safety net.

Mr. Rodrigue: As I said in my brief, there are people who are 75 years of age and who are young physically and mentally, and another person at 50 years of age is very old. That is why we say do not go by the age of the person. When you say at 75 years of age that you are old, you are probably not old at 75 years, and the other one who is 50 years of age, he is old, and they say he is not old, he is only age 50. So you see, there is always something that does not balance there. You penalize that guy who is 50 years old because he is sick, and you penalize the other guy who is 70 years old and he could continue to work.

Those pilots from Air Canada, they are going to work as pilots for WestJet or BlueJet, you name it, but for much less than what they were making at Air Canada. The ex-Air Canada pilot is taking a job that another pilot could have, but he does not care; he has his pension from Air Canada plus what WestJet is paying him. Perhaps he works only 10-20 hours per week.

[Translation]

Jacques Demers, Secretary, Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie: I would like to clarify a few points. I am lucky enough to be Vice-President of the Conseil des aînés and a member of the provincial board of directors of the Fédération de l'âge d'or du Québec. The Conseil des aînés meets occasionally with all the national associations, two or three times a year.

From those meetings, two major concerns were raised this year, and one is the gradual retirement we just talked about. All national seniors organizations in Quebec agreed that promoting gradual retirement should be a priority in Quebec. One of the suggestions was to provide compensation in the form of a pension tailored to hours of work that may not constitute a full week. Individuals could work either the morning or the afternoon, to

Le sénateur Keon : Vous avez tout à fait raison; votre argument est fort valable. Voilà pourquoi, dans de nombreuses situations, on a supprimé la retraite obligatoire. Toutefois, je continue de penser que dans certains domaines, il ne faudrait pas l'éliminer. Nous nous acheminons vers la suppression totale de la retraite obligatoire. À mon avis, le cas des pilotes de ligne est un bon exemple. Les pilotes d'Air Canada ont décrété qu'ils ne piloteraient pas d'avion commercial après l'âge de 60 ans, même s'ils conservent une belle prestance, mais bon nombre de leurs anciens collègues pilotent maintenant pour d'autres compagnies aériennes. Dans certaines compagnies, il n'y a aucune directive à cet égard. Je sais que certaines imposent la retraite obligatoire à l'âge de 65 ans, mais d'autres n'exigent rien du tout. La décision appartient au pilote individuel.

Je sais que les pilotes doivent se soumettre à des évaluations annuelles poussées, des examens médicaux, et cetera. Je sais aussi qu'une personne peut avoir passé un examen médical avec succès, paraître en bonne santé et tomber raide mort le lendemain. Cette suppression généralisée de la retraite obligatoire m'inquiète.

Ce que j'espère, c'est que des gens comme vous, qui avez une expertise formidable, puissiez nous fournir certains conseils à ce sujet car, personnellement, je pense qu'il existe présentement une lacune dans le filet de sécurité sociale.

M. Rodrigue : Comme je l'ai dit dans mon mémoire, il y a des gens qui sont jeunes physiquement et mentalement à l'âge de 75 ans, et d'autres qui, à 50 ans, sont très âgés. Voilà pourquoi nous disons qu'il ne faut pas se fier à l'âge de quelqu'un. On dit d'une personne de 75 ans qu'elle est vieille alors qu'elle n'est peut-être pas vieille et d'une personne de 50 ans qu'elle n'est pas vieille alors qu'elle l'est peut-être, même si elle n'a que 50 ans. Comme vous pouvez le voir, il y a toujours quelque chose qui cloche. On pénalise la personne de 50 ans parce qu'elle est malade et on pénalise celle de 70 ans qui pourrait continuer à travailler.

Les ex-pilotes d'Air Canada vont travailler chez WestJet ou BlueJet, peu importe, mais à un salaire bien inférieur à celui qu'ils touchaient à Air Canada. L'ex-pilote d'Air Canada prive de travail un autre pilote, mais il s'en fiche; il touche sa pension d'Air Canada, plus le salaire que lui verse WestJet. Peut-être ne travaille-t-il que 10 à 20 heures par semaine.

[Français]

Jacques Demers, secrétaire, Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie : J'aimerais apporter des précisions. J'ai la chance de faire partie du Conseil des aînés en tant que vice-président et auprès de la Fédération de l'âge d'or du Québec, comme membre du conseil d'administration provinciale. Le Conseil des aînés réunit à l'occasion, deux ou trois fois par année, toutes les associations nationales.

De ces réunions deux grandes préoccupations ont été soulevées cette année, et l'une d'elle est la retraite progressive dont on vient de parler. Tous les organismes nationaux d'aînés du Québec étaient d'accord que favoriser une retraite progressive devrait être une priorité au Québec. Une des suggestions a été d'émettre des compensations au point de vue de la pension adaptées aux heures de travail qui ne sont peut-être pas complètes. Ils pourraient

strike a balance between family and retirement, and especially to raise awareness among business executives who say that the older you get, the less productive you are.

I think it is still illogical to think that you are less productive because you are 70 years old. Look at the age of today's political leaders. Some political leaders are 65, 68 or 70, and they are still very active.

We should also see about establishing a mentoring system. We should find ways for seniors to help younger people take up duties for which they are not ready because they have not been in the heat of the action and these seniors have. I think these would be very profitable exchanges.

The second subject, with your permission, and we have not talked about it to date, which is unanimously supported by the seniors of those 17 associations, is housing for seniors. In Quebec, we have established what is called certification for private residences, which means that the government retains a firm to check social sanitation criteria in each of the residences on a mandatory basis.

I can tell you that it is going very well, although very slowly. This mandatory certification is supposed to be done every two years, and approximately 12 per cent of the residences have been certified in 14 months. We are supposed to start the same process over in eight or nine months. That is for the matter of socio-medical criteria.

FADOQ was recognized barely one month ago to verify the quality of life in the private residences. This is a different program from the certification program. With volunteers and individuals who have been trained, and under the supervision of a person in each of Quebec's regions, we will go into each of the residences to assess the quality of life of seniors there. This second component requires that we conduct interviews and so on. We hope that the two programs will work well and that the certification of residences, which is mandatory, will go a little more quickly.

The Conseil des aînés ultimately goes far beyond research and takes an interest in the basic problems that we have in Quebec.

[English]

Senator Keon: Mr. Murray, you alluded to the problems of integration, having worked in the health department for six years. Interestingly, we were discussing this over lunch. I said I had been familiar with the difficulties for about 30 years. You are much younger than I am Mr. Murray.

In your recommendations, I believe you said that the federal government should try to expedite integration at the provincial levels and that the regions, of course, integrate that into whatever federal programs are coming also.

What you did not mention was the community level. I have been convinced for quite some time, and you alluded to reading some of my papers, that the place to integrate is at the community

travailler soit le matin ou l'après-midi, pour concilier famille et retraite, et surtout sensibiliser les chefs d'entreprises qui disent que plus on vieillit, moins on est productif.

Je pense que c'est encore illogique de penser qu'on est moins productif parce qu'on a 70 ans. Regardez l'âge des chefs politiques d'aujourd'hui. Certains chefs politiques ont 65, 68 et 70 ans, et ils sont encore très actifs.

Il faudra aussi voir à établir un système de mentorat. Il faudrait trouver des façons, pour que les plus âgés puissent aider les plus jeunes à intégrer des fonctions pour lesquelles ils ne sont pas prêts parce qu'ils n'ont pas été dans le feu de l'action et les aînés l'ont été. Je pense que ce sont des échanges qui seraient très profitables.

Le deuxième sujet, si vous me permettez, et l'on n'en a pas parlé jusqu'à présent, qui fait l'unanimité des aînés de ces 17 associations, est l'hébergement pour les personnes âgées. On a établi au Québec ce qu'on appelle une certification pour les résidences privées, ce qui veut dire que le gouvernement a engagé une firme pour vérifier les critères sociaux sanitaires dans chacune des résidences, et ce, de façon obligatoire.

Je peux vous dire que cela va très, quoique très lentement. Cette certification obligatoire est supposée se faire tous les deux ans, et on a environ 12 p. 100 des résidences qui ont été certifiées, en 14 mois. On est censé recommencer le même processus dans huit, neuf mois. C'est pour la question de critères sociaux sanitaires.

La FADOQ, il y a à peine un mois, a été reconnue pour vérifier la qualité de vie dans les résidences privées. C'est un programme différent de celui de la certification. Avec des bénévoles et des personnes qui ont été formées, et sous la supervision d'une personne dans chacune des régions du Québec, nous irons dans chacune des résidences pour évaluer la qualité de vie des personnes âgées. Ce deuxième volet nous demande de faire des entrevues et ainsi de suite. On espère que les deux ensembles vont bien fonctionner et que cela ira un peu plus vite du côté de la certification des résidences, qui est obligatoire.

Le Conseil des aînés, dans le fond va beaucoup plus loin que la recherche et s'intéresse aux problèmes de base qu'il y a au Québec.

[Traduction]

Le sénateur Keon : Monsieur Murray, vous avez fait allusion aux problèmes d'intégration des services, vous qui avez travaillé au ministère de la Santé pendant six ans. Curieusement, nous discutons de cette question à l'heure du lunch. Comme je l'ai dit, je me suis colleté avec ces difficultés pendant une trentaine d'années. Vous êtes beaucoup plus jeune que moi, monsieur Murray.

Selon vos recommandations, le gouvernement fédéral devrait accélérer l'intégration au niveau provincial et, bien entendu, les régions devraient embrasser ce principe dans les programmes fédéraux qui leur sont offerts.

Vous n'avez pas mentionné le niveau communautaire. Je suis convaincu depuis un certain temps — et vous avez mentionné avoir lu certains de mes écrits —, que c'est au niveau

level, because it is possible. When you get higher, trying to integrate government departments and so forth, I think you get into at least, very frustrating stuff.

How would you respond to that comment?

[Translation]

Mr. Murray: I stated some general principles, but they should be clarified. Your question is an excellent opportunity for me to go a little further on this integration idea.

I was saying that the community environment was the centre of everything that we can call the integration of health services, community services, transportation services and everything related to aging, in fact everything that concerns a senior citizen as an initial base unit for us to develop our services and programs.

When you talk about the federal government's role, I do not believe I stated that should new federal programs should be created in that sense, on the contrary. Instead, I am saying that the federal government could support the provinces' general objectives so that they themselves can introduce various integrated services network models in their communities.

I especially emphasized the point that integrated services networks are not just health and social services networks, because the initial goal, and Dr. Hébert talked about that this morning, is indeed to ensure that the hospital network, in particular, is not clogged by people who have chronic health problems and that hospitals can focus on acute problems. That is why the hospital system was originally created.

We need resources. Resources can come in large part from the federal government, but I do not expect it to develop programs to integrate services. I believe it can provide encouragement with respect to objectives, to the extent they correspond to the values of the Canadian public, to implement various service integration programs. I believe that the Age-Friendly Cities programs are very promising in that respect. I believe there is an integration idea here that the federal government could support in various ways.

I am not an expert on governance and federal-provincial relations. I cannot state a position on the municipal system, but let us integrate services based on local needs, as local players commonly do, because they are the ones who know exactly the nature of the needs of their localities. That is the principle I am trying to state as clearly as possible.

This is not even an issue between federalism and sovereigntism, not at all. It is a strategic issue. How do we ensure that our resources are allocated in the most efficient and effective manner possible? To do that, we need evidence, we need proof, and I am not sure there is enough evidence at this time for general models to be introduced wall to wall across Canada, for example.

communautaire que l'intégration peut se faire. Lorsque l'on gravit les échelons de la structure organisationnelle, il devient difficile d'assurer l'intégration au niveau des ministères gouvernementaux. Je pense qu'on se heurte alors à des situations très frustrantes. C'est le moins que l'on puisse dire.

Comment répondez-vous à cette observation?

[Français]

M. Murray : J'ai énoncé des principes généraux, mais il faut effectivement préciser. Votre question est une occasion excellente pour moi d'aller un peu plus loin vers cette idée d'intégration.

Je parlais que le milieu communautaire était le centre de tout ce que nous pouvons appeler intégration de services de santé, de services communautaires, de transport et de tout ce qui concerne le vieillissement, en fait, tout ce qui concerne la personne âgée comme l'unité initiale sur laquelle nous devons nous baser pour élaborer nos services et nos programmes.

Lorsque vous parlez du rôle du gouvernement fédéral, je ne crois pas avoir énoncé qu'on doive créer de nouveaux programmes fédéraux en ce sens, au contraire. Je dis plutôt que le gouvernement fédéral pourrait soutenir les objectifs généraux des provinces pour qu'elles-mêmes puissent implanter dans leurs communautés différents modèles de réseaux de services intégrés.

J'ai surtout insisté sur le point que les réseaux de services intégrés ne sont pas que des réseaux de services de santé et de services sociaux, parce que le but initial, et le Dr. Hébert en a parlé ce matin, est bel et bien de faire en sorte que le réseau hospitalier, notamment, ne soit pas embourbé par des personnes qui ont des problèmes de santé chroniques et que l'hôpital puisse se préoccuper des problèmes aigus. C'est pourquoi le système hospitalier a été créé au départ.

Il faut des ressources. Les ressources peuvent en grande partie provenir du fédéral, mais je ne m'attends pas à ce qu'il élabore des programmes afin d'intégrer les services. Je crois qu'il peut encourager sur le plan des objectifs, dans la mesure où cela correspond aux valeurs de la population canadienne, à implanter différents programmes d'intégration des services. Je crois que les programmes de Villes amies des aînés sont très intéressants à cet égard. Je crois qu'il y a une idée d'intégration ici et que le gouvernement fédéral pourrait soutenir de diverses façons.

Je ne suis pas spécialiste de la gouvernance et des relations fédérales ou provinciales. Quant au réseau municipal, je ne peux pas me prononcer là-dessus, mais intégrons les services en fonction de besoins locaux, et ce, de la manière dont les acteurs locaux le font couramment, parce que ce sont eux qui connaissent exactement la nature des besoins dans leurs localités. C'est le principe que j'essaie d'énoncer le plus clairement possible.

Ce n'est même pas un enjeu entre fédéralisme et souverainisme, pas du tout. C'est un enjeu stratégique. Comment s'assurer que nos ressources soient réparties de la façon la plus efficace et la plus efficiente possible. Pour ce faire, il faut des preuves, il faut des évidences, et je ne suis pas sûr que présentement les évidences soient suffisantes pour que des modèles généralisables soient implantés mur à mur au Canada, par exemple.

I believe it would be preferable to allow the municipalities and local health and transportation organizations, and issue tables in Quebec that have a very good initiative, to support projects. So try to decentralize the organization of services as far as possible, while allowing a coherent transfer of resources, and do not duplicate programs for the same purpose in moving from the federal to the local level.

[English]

Senator Keon: Obviously, you know your subject very well and I agree with everything you have said. The only point I was trying to draw out is that we are in a position where we have to start changing the way we think and put more emphasis on community. Since provincial governments are very, very strapped for funding the health care system and in funding the social services and education and so forth, they do not have the financial capital to make major changes. I think a period of time where the federal government could flow, perhaps with the sunset clause for a limited amount of time, some money to the communities to assist in the integration they are already doing. I think it is very effective at that level and you already confirmed that.

I was trying to get you to make that point, and I appreciate the point you were making.

Mr. Murray: I absolutely agree with you.

The Chair: On Tuesday afternoon, we were in Moncton and we visited what they call the Extra-Mural hospital, a hospital without walls. This hospital only delivers services in the patient's home. We saw nurses, occupational therapists, physiotherapists, respiratory technologists, pharmacists and palliative care workers all delivering into the community. They never go to the hospital. They deliver only in the community.

I was very impressed. It seemed to me that this was the best kind of integration of health care services. Obviously, there are other services that patients need, but these particular health care services are delivered so that people can remain in their homes as long as possible and can, if they are in hospital, return to their homes as quickly as possible after a surgery or after an acute episode, et cetera.

Those are the kinds of services that I believe can only be delivered at the community level. Those are services, which the federal government, in my view, has and should not have any involvement in other than the big one, which is the money. The federal government can extend the money to communities through the provinces from the federal purse, which is the largest financial purse in the country. With adequate funding the federal government can make that integration and coordination of services take place.

We are struggling as to how to write a document to impress upon the federal government that it has an obligation to provide the dollars in order to make this happen. Senator Keon, who was himself a physician and who headed the Ottawa Heart Institute for many, many years and who is certainly involved in the high-

Je crois qu'il serait préférable de laisser les municipalités ou les organisations locales de santé ou de transport, et des tables de concertation au Québec qui ont une très bonne initiative pour soutenir des projets. Alors, essayer de décentraliser au maximum l'organisation des services tout en permettant un transfert des ressources cohérent, et ne pas dupliquer les programmes pour un même objet, en passant du fédéral jusqu'au niveau local.

[Traduction]

Le sénateur Keon : De toute évidence, vous connaissez très bien votre sujet, et je suis d'accord avec vos propos. Ce que j'essayais de vous faire dire, c'est qu'il faut commencer à changer notre façon de penser et mettre davantage l'accent sur le volet communautaire. Étant donné que les gouvernements provinciaux ont un besoin criant de fonds pour financer le système des soins de santé, les services sociaux, l'éducation, et cetera, ils n'ont pas la capacité financière d'apporter des changements d'envergure. On pourrait envisager ceci : au cours d'une période de temps limitée, le gouvernement fédéral injecterait des fonds dans les collectivités pour appuyer les efforts d'intégration qu'elles font déjà. J'estime que l'intégration est très efficace à ce niveau. D'ailleurs, vous l'avez déjà confirmé.

Je voulais vous amener à faire valoir cet argument, et je comprends fort bien votre point de vue.

M. Murray : Je suis tout à fait d'accord avec vous.

La présidente : Mardi après-midi, à Moncton, nous avons visité ce que l'on appelle l'hôpital extra-mural, un hôpital sans murs. Cet hôpital offre uniquement des services à domicile. Nous avons vu des infirmières, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des inhalothérapeutes, des pharmaciens et des intervenants en soins palliatifs qui offrent tous leurs services dans la communauté. Ils ne vont jamais à l'hôpital. Ils travaillent uniquement dans la collectivité.

J'ai été très impressionnée. À ce qu'il m'a semblé, cela était le meilleur type d'intégration possible des services de santé. Évidemment, il y a d'autres services dont les patients ont besoin, mais on offre ces services de santé particuliers aux personnes âgées pour leur permettre de rester chez eux le plus longtemps possible. S'ils vont à l'hôpital à cause d'une crise ou pour subir une chirurgie, ils peuvent aussi rentrer à la maison le plus rapidement possible.

Voilà le genre de services qui, à mon avis, peuvent uniquement être fournis au niveau communautaire. Ce sont des services qui ne nécessitent aucunement l'intervention du gouvernement fédéral, si ce n'est au niveau financier. Le gouvernement fédéral peut appuyer financièrement les collectivités par l'entremise des provinces, puisqu'il est le plus grand bailleur de fonds du pays. Grâce à un financement suffisant du gouvernement fédéral, on pourra réaliser l'intégration et la coordination des services.

Nous nous cassons la tête pour savoir comment rédiger un document qui fera comprendre au gouvernement fédéral qu'il a l'obligation de fournir l'argent nécessaire à la réalisation de cet objectif. Le sénateur Keon, un médecin qui a déjà dirigé l'Ottawa Heart Institute pendant de nombreuses années et qui connaît bien

tech medical field, would be the first to tell you that we have to change the way we deliver health care in this country. We have to make it a community-friendly and, more important, a patient-friendly system of delivery of care.

[Translation]

Mr. Murray: I agree with what you said about managing these federal resources in order to support the communities. That is the same approach as I took earlier when I spoke with Dr. Keon.

One point I would like to add to your speech is the point concerning knowledge transfers, from which we would benefit greatly if it were pan-Canadian. My dream is a set of pilot projects that might enable us to develop projects, to adopt the most efficient and effective approaches for improving services in the community.

We have evidence that home support and service in the communities, as you call it, are distinctly more effective in solving chronic health problems and social problems that are often long term or that we could also, in a sense, characterize as chronic.

So why not head in that direction? I entirely agree with you, but, once again, let us improve our approach and start to develop genuine expertise in the management of integrated community services.

Mr. Rodrigue: Earlier, I talked about home care. This is a very great concern. We have tried in Quebec. We have closed our psychiatric hospitals, we have taken these people and put them on the street, and washed our hands of them. There are no financial resources, no help whatever, no one to supervise them. We must make sure they take their medication and so on. That flopped, and it has not yet been corrected.

The first thing to do is to start correcting that situation. That is the first thing we have to do in Quebec, correct that situation, follow these people right through to the end. This week we heard some psychiatrists who no longer want to work in the prisons and who said: "Your time is up, your treatment is not finished, good bye, go home or onto the street, goodnight, friends. Two or three months later, you find him in a mess in the street or getting into trouble in his neighbourhood."

Second, home care is all well and good. Releasing people from the hospitals as soon as possible is something we do here in Quebec. Ask people who need an operation; they do not spend a lot of time in hospital; they are immediately sent home and are not taken care of. Consider the example of the 82-year-old woman and her 85-year-old husband who has just had a leg amputated and who was sent home. The guy weighs 250 pounds, and his wife weighs 100 pounds. What care do they have? They have a nurse who will go there for half an hour, two or three times a week. What does she do? The man falls down, and she is required to call the police to help her pick him up. It is abnormal situations like this that we are experiencing. That is why we said earlier in the

la technologie médicale de pointe, serait le premier à vous dire qu'il faut changer notre façon de prodiguer des soins de santé au Canada. Il faut que la prestation de services soit axée sur la communauté et, chose plus importante encore, sur le patient.

[Français]

M. Murray : Je suis d'accord avec ce que vous avez dit sur le plan de la gestion de ces ressources fédérales afin de soutenir les communautés. C'est la même approche que j'avais tout à l'heure lorsque j'ai parlé avec le Dr Keon.

Un élément que j'aimerais ajouter à votre intervention est l'élément relatif au transfert des connaissances, dont on bénéficierait beaucoup s'il était pancanadien. Ce dont je rêve est un ensemble de projets pilotes qui nous permettraient peut-être de développer des projets, de bien saisir les approches qui sont les plus efficaces et efficientes pour améliorer les services dans la communauté.

Nous avons les évidences selon lesquelles le soutien à domicile et le service dans les communautés, comme vous l'appellez, sont nettement plus efficaces pour régler les problèmes de santé chroniques ou les problèmes sociaux qui sont souvent à long terme ou que nous pourrions aussi qualifier de chroniques, dans un sens.

Donc, pourquoi ne pas aller dans cette voie? Je suis parfaitement d'accord avec vous, mais encore, améliorons nos approches, commençons à développer une véritable expertise dans la gestion des services communautaires intégrés.

M. Rodrigue : Tantôt, j'ai parlé des soins à domicile. C'est une très grande préoccupation. On a essayé au Québec. On a fermé nos hôpitaux psychiatriques, on a pris ces gens et on les a envoyés dans la rue, et on s'en est lavé les mains. Il n'y a pas de ressources financières, aucune aide de qui que ce soit, personne pour les surveiller. Il faut s'assurer qu'ils prennent bien leur médication et tout le reste. Cela a fait un flop, et ce n'est pas encore corrigé.

La première chose à faire c'est de commencer à corriger cette situation. C'est la première chose qu'on doit faire au Québec, corriger cette situation, suivre ces gens jusqu'au bout. On a entendu cette semaine des psychiatres qui ne veulent plus travailler dans les prisons et qui disaient : « ton temps est fini, ton traitement n'est pas fini, bonjour, vas-t'en chez vous ou dans la rue, bonsoir les copains. Deux ou trois mois après, tu le ramasses à la petite cuillère dans la rue ou à faire toutes sortes de conneries dans son quartier. »

Deuxièmement, le maintien à domicile, c'est bien beau. Sortir les gens des hôpitaux le plus vite possible, on le fait ici au Québec. Demandez aux gens qui ont besoin d'une opération, ils ne moisissent pas dans les hôpitaux, on les renvoie tout de suite à la maison et on ne s'en occupe pas. Prenons l'exemple de la dame de 82 ans et de son mari de 85 ans qui vient de se faire couper une jambe et que l'on retourne chez lui. Le gars pèse 250 livres, la madame en pèse 100 livres. Quels soins ont-ils? Ils ont une infirmière ou un infirmier qui va y aller pour une demi-heure, deux ou trois fois par semaine. Elle fait quoi, elle? Le monsieur tombe par terre, elle est obligée d'appeler la police pour l'aider à le ramasser. Ce sont des aberrations comme celle-là qu'on vit. C'est

report that it will take funding in order to train volunteers. You cannot take care of someone who comes out of hospital if you are not a nurse or you do not have the least knowledge of what to do. You have to give the right pill at the right time. You have to change dressings. There are precautions to take. We will have to start by educating our people, and then we will talk about home care.

There is a nurse in Montreal or Quebec City who works in the street. He goes from house to house, at his own expense — he is not paid — to change dressings and provide care for people. There is a doctor in Montreal providing private service. He goes to people's houses. You call him, like in my grandfather's time, and he goes to your house. We need people like them, but the reality is quite different. They are closed up in offices and I think they waste an enormous amount of time.

I was in Florida this winter, and my wife had to go to the clinic. When you get there, a nurse takes your blood pressure and temperature. You do not need a doctor to do that. So when the doctor arrives to see you, he already has your file. He knows everything. He has not wasted half an hour. He takes five minutes, gives you a prescription and bye bye.

We will have to review that as well. They say they want nurses here to start performing medical procedures, but nurses are overworked. I have nothing against a nurse who does a little medical work, but she will not be on the floor; she will be somewhere else in the hospital.

The third point is that there is too much paperwork. Doctors, nurses and all workers spend three-quarters of their time completing reports. You cannot make me believe we need that much. Let people practise medicine, what they were trained to do, not do paperwork.

In Quebec, they have promised shorter waiting times, but it is worse than ever. We will have to start over from scratch.

[English]

Senator Mercer: Mr. Rodrigue, in your presentation, you drew our attention to something we have heard before, and you did it in a dramatic way in talking about Statistics Canada's figure of the poverty threshold being \$21,665 and that the GIS along with the CPP and the Quebec Pension Plan comes to \$15,800. You do not have to say a lot more than that to understand the problem.

I want to hear your opinion on a guaranteed annual income.

I should mention to you that this morning, Senator Carstairs mentioned to someone else the automatic enrolment in the GIS. I never give this government credit for anything, but I will give it credit for starting to correct that problem.

pour cela qu'on disait tantôt dans le rapport que cela va prendre du financement pour former les bénévoles. Une personne ne peut pas prendre soin de quelqu'un qui sort d'un hôpital si elle n'est pas infirmière ou si elle n'a pas la moindre connaissance des gestes à poser. Il faut donner la bonne pilule au bon moment. Il faut changer le pansement. Il y a des précautions à prendre. Il va falloir commencer par faire l'éducation de nos gens et, après, on parlera des soins à domicile.

À Montréal ou à Québec, il y a un infirmier qui fait du travail de rue. Il va d'une maison à l'autre, à ses frais — il n'est pas rémunéré — pour aller changer des pansements et donner des soins à des personnes. Il y a un médecin à Montréal qui fait du service privé. Il va dans les maisons. Tu l'appelles, comme dans le temps de mon grand-père, et il va aller chez vous. On a besoin de gens comme eux, mais la réalité est tout autre. Ils sont renfermés dans des bureaux et je trouve qu'ils perdent énormément de temps.

J'étais en Floride cet hiver et ma femme a été obligée d'aller à la clinique. Quand tu arrives, c'est un infirmier qui prend ta pression et ta température. Tu n'as pas besoin d'un médecin pour le faire. Alors quand le médecin arrive pour te voir, il a déjà ton dossier. Il sait tout. Il n'a pas perdu une demi-heure. Il prend cinq minutes, donne ta prescription, et bonjour.

C'est cela aussi qu'il va falloir réviser. Ils parlent justement qu'ils veulent que les infirmières d'ici commencent à poser des actes médicaux, mais les infirmières sont surchargées. L'infirmière qui va faire un peu de travail de médecine, je n'ai rien contre, mais elle ne sera pas sur le plancher, elle sera ailleurs dans l'hôpital.

Troisième chose, il y a trop de paperasse. Les médecins, les infirmières et tous les intervenants passent les trois quarts de leur temps à remplir des rapports. On ne me fera pas croire qu'ils en ont besoin autant. Laissez les gens pratiquer la médecine, ce dont ils ont été formés, non pas remplir de la paperasse.

Au Québec, on nous a promis moins de temps d'attente, mais c'est pire que jamais. Il faudra repartir à zéro.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Monsieur Rodrigue, dans votre exposé, vous attirez notre attention sur un problème dont on nous a déjà parlé, mais vous l'avez illustré de façon très pertinente. Vous avez dit que pour Statistique Canada, le seuil de la pauvreté s'établit à 21 665 \$. Or, le total combiné du SRG, du RPC et du Régime de rentes du Québec est de 15 800 \$. Pas besoin d'en dire plus pour comprendre le problème.

Je voudrais connaître votre opinion au sujet d'un revenu annuel garanti.

Il faut que je vous dise que ce matin, le sénateur Carstairs a signalé à quelqu'un d'autre l'adhésion automatique au SRG. Je ne suis pas du genre à féliciter le gouvernement pour quoi que ce soit, mais je lui accorde le crédit d'avoir commencé à remédier à ce problème.

Quebec has such a terrific record on this issue, because nobody gets past this in Quebec, which is good, and now the federal government is going to enrol people automatically who qualify for the GIS without them ever filling out a form. So that problem is solved.

I want to go back to the gap between the \$21,665 and the \$15,800. Do you think we need to be looking at a guaranteed annual income as opposed to what we have now?

Mr. Rodrigue: Whether you are 25 years of age or 75 years of age, it is always the money. Like they say in English, money talks. You are telling people, if you earn under \$22,000 a year, you are going to have trouble or you are in trouble, but we will give you just \$15,000, okay? So, try to make up for the other missing \$5,000. If they are sick or ailing, they cannot make up for that \$5,000, but they are going to pay the same price as you and me for the butter and the milk. They are going to pay the rent at the same time.

That is why we have to take care of those people because if we are here today, we can lift our hat to those people. We have to think of the people who are coming after us too, and do not forget, we are going to be there in a few years. So, what we are doing today, we are doing for them but we are doing for us, and we have to think of doing it for the others who are going to come in 10 years and 20 years from now.

We have to think ahead, not just for tomorrow, for those studies, because we will probably be in need or somebody in our family could probably be in need in 15 years. We do not know what can happen.

What pisses me off, excuse me, is the money, the federal and Quebec governments always say, we spend, we spend, but they never say "on gaspille," "we throw the money away." When you see the Auditor General's report, it is reported for two days in the newspapers, on television, and after, it is goodbye. So when she makes a report and she says that such department, it is not going well there, too many expenses, why do not they come to the House of Commons every year and bring the paper to see if they have corrected the problem or not. This is what should be done. That would have more teeth and that would solve many problems.

The Chair: On that note, I want to thank Mr. Murray, Mr. Rodrigue, Mr. Demers and Mr. Beaulieu.

[Translation]

Senators, let us now go to our last panel.

We are pleased to welcome Ms. Marie Beaulieu, Professor, Social Service, University of Sherbrooke. Welcome.

Le Québec peut s'enorgueillir d'un bilan remarquable à ce sujet car personne ne passe au travers des mailles du filet au Québec, ce qui est très bien. Dorénavant, le gouvernement fédéral inscrira automatiquement les gens admissibles au SRG, sans qu'ils aient à remplir quelque formulaire que ce soit. Par conséquent, ce problème est résolu.

Je veux revenir sur l'écart entre 21 665 \$ et 15 800 \$. Pensez-vous qu'il faille envisager un revenu annuel garanti, par opposition aux régimes que nous avons présentement?

M. Rodrigue : Que vous ayez 25 ans ou 75 ans, l'argent fait toujours problème. L'argent, c'est la clé. On livre aux gens le message suivant : si vous gagnez moins de 22 000 \$ par année, vous allez avoir du mal à joindre les deux bouts. Peut-être êtes-vous déjà dans le pétrin, mais nous allons vous donner seulement 15 000 \$, d'accord? Par conséquent, faites ce que vous pouvez pour aller chercher les 5 000 \$ manquants. Les personnes malades, ou dont la santé est chancelante, ne peuvent combler cet écart de 5 000 \$. Cependant, ils doivent acheter leur lait et leur beurre au même prix que vous et moi. Ils sont tenus de payer leur loyer à la même date que les autres.

Voilà pourquoi nous devons nous occuper de ces personnes âgées. Si nous sommes ici aujourd'hui, c'est à elles que nous le devons, et elles méritent qu'on leur lève notre chapeau. Il faut aussi penser aux gens qui viendront après nous, et ne pas oublier que nous serons âgés nous-mêmes dans quelques années. Par conséquent, ce que nous faisons aujourd'hui, nous le faisons pour eux, mais nous le faisons aussi pour nous. Il faut penser à ceux qui viendront après nous, dans 10 ou 20 ans d'ici.

Dans le cadre de ces études, il faut penser à l'avenir, et voir plus loin que demain car nous pourrions être dans le besoin — ou quelqu'un de notre famille pourrait l'être — dans 15 ans. On ne sait pas ce qui peut arriver.

Ce qui me scandalise, c'est la question de l'argent. Les gouvernements fédéral et du Québec répètent toujours qu'ils investissent; ils ne disent jamais qu'ils gaspillent ou qu'ils jettent l'argent par les fenêtres. Le rapport du vérificateur général fait les manchettes pendant deux jours dans la presse écrite et électronique et après, cela disparaît du radar. Dans son rapport, lorsqu'elle pointe du doigt un ministère où les choses ne vont pas bien, où les dépenses sont excessives, pourquoi les dirigeants de ce ministère ne sont-ils pas convoqués à la Chambre des communes tous les ans pour que l'on puisse savoir, rapport en main, si le problème a été corrigé ou non. Voilà ce qu'on devrait faire. Ce procédé aurait plus de mordant et permettrait de résoudre de nombreux problèmes.

La présidente : Sur cette note, je remercie M. Murray, M. Rodrigue, M. Demers et M. Beaulieu.

[Français]

Honorables sénateurs, passons maintenant à notre dernière table ronde.

Nous avons le plaisir d'accueillir Mme Marie Beaulieu, professeur, service social, Université de Sherbrooke. Je vous souhaite la bienvenue.

Marie Beaulieu, Professor, Social Service, University of Sherbrooke, as an individual: Madam Chair, it is a pleasure to be here with you today.

I must say I read the document you sent me with a great deal of interest and understood that the invitation you had sent me more particularly concerned the Age-Friendly Cities program of the World Health Organization.

With your permission, since I am your only presenter, I am going to take two brief glances at two other subjects that you address in your report and that I think are very important.

The first point I would like to go back to is the entire issue of training in the gerontology sector and in the field of aging more generally. Then I am going to talk to you about a research topic on which I have been working for 20 years, which is really central to my work, and that is elder abuse. You talk about it in your report.

Obviously, I will keep this new Age-Friendly Cities program for desert, since this is an international movement in which Canada is playing a leadership role.

As regards training programs in gerontology and in the aging field, we have, here at the University of Sherbrooke, a masters degree in gerontology, which has been offered for about 20 years now, and we also have a doctorate in gerontology, which has been available for five years now. This is the only doctorate in gerontology in the world, which is taught in French, and all our scientific articles are based on the international literature. We work a lot with English-language literature, and we receive an enormous number of foreign students.

I am talking to you about this because it is a fundamental concern for me, the one you do not lose sight of, when you deal with aging, when you address three components, that is to say all the more biological or health aspects, and you often hear about that, but also the psychological and social aspects.

I think it is important to prepare the next generation of researchers because, in the aging field, although investments have been made in research in the past 20 years, we realize that the field has long been a poor cousin; there were fewer issues, fewer topics. Since we have been doing a lot of research, we have realized that the knowledge is nevertheless arriving at a very fast rate.

I would not want to talk to you just about research training. I am also attached to the school of social service at the University of Sherbrooke, and, in the past two years, we have developed a major in gerontology in the master of social service degree program. I am telling you about that because that is really a very important observation.

Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de Sherbrooke, à titre personnel : Madame la présidente, c'est un plaisir d'être ici, devant vous aujourd'hui.

Je dois vous dire que j'ai lu avec beaucoup d'intérêt le document que vous m'avez fait parvenir et j'ai compris que l'invitation que vous m'aviez lancée était plus particulièrement en lien avec le programme Villes amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé, donc le programme connu sous le terme Age Friendly Cities.

Si vous le permettez, puisque je suis votre seule présentatrice, je vais quand même vous faire deux petits clins d'œil sur deux autres sujets que vous abordez dans votre rapport et qui m'apparaissent très importants.

Le premier point sur lequel j'aimerais revenir est toute la question de la formation dans le secteur de la gérontologie et dans le secteur du vieillissement de façon plus globale. Ensuite, je vais vous parler d'une thématique de recherche sur laquelle je travaille depuis 20 ans, qui est vraiment au cœur de mes travaux, soit la maltraitance envers les aînés. Vous en parlez dans votre rapport.

Évidemment, je me garde comme dessert tout ce nouveau programme Villes amies des aînés, étant donné que c'est un mouvement international dans lequel le Canada a joué un rôle de leadership.

En ce qui concerne les programmes de formation en gérontologie et dans le domaine du vieillissement, nous avons ici à l'Université de Sherbrooke une maîtrise en gérontologie qui existe depuis une vingtaine d'années déjà, et nous avons aussi un doctorat en gérontologie qui existe depuis maintenant cinq ans. C'est le seul doctorat en gérontologie au monde qui s'enseigne en français et tous nos articles scientifiques sont basés sur la littérature internationale. On travaille beaucoup avec une littérature anglophone, et on reçoit énormément d'étudiants étrangers.

Je vous parle de cela, car c'est pour moi une préoccupation fondamentale. Celle qu'on ne perd pas de vue, quand on traite du vieillissement, qu'on aborde trois volets, c'est-à-dire toutes les dimensions plus biologiques ou santé, et cela, on en entend assez souvent parler, mais il y a aussi les dimensions psychologiques et sociales.

Pour moi, il importe de préparer la relève en recherche parce que dans le champ du vieillissement, bien que depuis une vingtaine d'années il y a eu des investissements en recherche, on se rend compte que cela a été pendant longtemps le parent pauvre, il y avait moins de problématique, moins de thématique. Depuis qu'on fait beaucoup de recherches, on se rend compte que les connaissances arrivent quand même à une vitesse importante.

Je ne voudrais pas vous parler juste de la formation des chercheurs. Je suis aussi rattachée à l'école de service social à l'Université de Sherbrooke, et on a développé depuis deux ans, à l'intérieur de la maîtrise en service social, une concentration en gérontologie. Je vous parle de cela parce qu'il y a vraiment un constat très important.

Young social workers in training, it must be said in all honesty, are generally more interested in childhood and the family. These are the most attractive subjects. At the same time, let us be realistic: the clientele of future social workers will consist mostly of seniors.

I am always struck, even a bit shocked, to realize that, in most of the major social work schools in the country, the senior care course is not even compulsory; it is an elective. I think it is a fundamental error if we do not present our future social workers with an attractive, well prepared curriculum, because they will wind up working with seniors without having any idea of what is normal aging and what is pathological aging.

You will agree with me that, in general, and you talk about this in your report, people have a rather negative idea of aging. There is an entire section on ageism which I enjoyed. It is as though, from the outset, being older means being sick, which means being costly for the health and social service system. These are obviously things that I fight every day, among other things by doing much more to promote social participation by seniors, to the extent they can do so, until the end of their lives.

I talked to you about social workers because that is what I know. However, I am in touch with professors at the nursing school. I am also in touch with people in medicine, occupational therapy and physical therapy. In fact, the greatest concern for me in telling you about training is preparing not only the next generation of researchers, but also our future case workers, those who will be working with us, working with seniors from a broad and stereotype-free knowledge base. We have some major challenges ahead of us.

I will now stop talking about the training component, but, if you want to go back to it, I can obviously talk to you more about our specific training content.

The second point I wanted to talk to you about was the entire issue of elder abuse. This afternoon, I brought two documents, of which I tabled three copies that will be distributed to you. As you are no doubt aware, we had an extensive public consultation on the living conditions of seniors in Quebec, consultations which were conducted last summer and fall and during which I had the pleasure to submit two briefs, one on abuse and the other on Age-Friendly Cities.

I am pleased to submit those two briefs to you as well, noting that my thinking has evolved in the past six months, but not enough to say that these documents have become obsolete.

Elder abuse is a theme that I think is fundamental. We have been talking about it for about 30 years, but we now realize that, in social policy and orientation terms, and I would even say in terms of action, we still have a lot of work to do. In fact, it is only

Les jeunes travailleurs sociaux qui sont en formation, il faut être honnête, s'intéressent en général davantage à l'enfance et à la famille. Ce sont les sujets les plus attirants. En même temps, soyons réalistes, la clientèle des futurs travailleurs sociaux sera majoritairement des personnes âgées.

Je suis toujours frappée, voire même un peu choquée, de me rendre compte que dans la plupart des grandes écoles de service social au pays, le cours d'intervention auprès des personnes âgées n'est même pas un cours obligatoire, c'est un cours au choix. Cela m'apparaît être une erreur fondamentale si on ne présente pas des cursus bien ficelés et attirants pour nos futurs travailleurs sociaux, parce qu'ils vont se retrouver devant des aînés sans avoir une idée de ce qu'est le vieillissement normal et ce qui est le vieillissement pathologique.

Vous conviendrez avec moi qu'en général, vous en parlez dans votre rapport, les gens ont une vision plutôt négative du vieillissement. Il y a toute une section sur l'âgeisme que j'ai bien aimée. C'est comme si d'emblée être âgé égal être malade, égal coûteux pour le système de santé et les services sociaux. Évidemment, ce sont pour moi des choses contre lesquelles je me bats tous les jours, entre autres, en valorisant beaucoup plus la participation sociale des aînés, et ce, dans leur juste mesure, et ce, jusqu'à la fin de la vie.

Je vous ai parlé des travailleurs sociaux parce que c'est ce que je connais. Toutefois, je suis en contact avec des professeurs à l'école des sciences infirmières. Je suis aussi en contact avec des gens en médecine, en ergothérapie et en physiothérapie. En fait, pour moi la préoccupation la plus grande quand je vous parle de formation c'est de préparer non seulement la relève en recherche, mais de préparer aussi nos futurs intervenants, donc, ceux qui vont travailler auprès de nous, à bien intervenir auprès des aînés par une connaissance large et exempte de stéréotypes. On a quand même à faire face à de gros défis.

Je vais m'arrêter là pour le volet formation, mais évidemment si vous voulez y revenir, je pourrai vous parler plus des contenus spécifiques de nos formations.

Le deuxième point dont je voulais vous parler, c'est toute la question de la maltraitance envers les aînés. J'ai apporté cet après-midi deux documents, que j'ai déposés en trois exemplaires et qui vous seront remis. Vous n'êtes pas sans savoir qu'on a eu une vaste consultation publique sur les conditions de vie des aînés au Québec, consultations qui se sont faites à l'été et à l'automne dernier, durant lesquelles j'ai eu le plaisir de déposer deux mémoires, un premier sur la maltraitance et le second sur Villes amies des aînés.

Il me fait plaisir de vous remettre à vous aussi ces deux mémoires, en vous disant qu'en six mois, ma pensée a évolué, mais pas suffisamment pour dire que ces documents sont rendus obsolètes.

La maltraitance envers les aînés, c'est une thématique qui est, à mon sens, fondamentale. Cela fait une trentaine d'années qu'on en parle, mais on se rend compte qu'en termes de politiques sociales, d'orientation, je vous dirais même de plan d'action, on a

since 2002 that we have been able to say that we have a common definition of abuse, a definition that was adopted at an international convention held in Toronto.

This definition gives us a common basis on which researchers, but especially seniors, workers, members of the families and social and public policy planners can agree and say that we are talking about the same thing.

If we were to make an initial recommendation, it would be that we should ensure that we have a common vocabulary. It is not obvious for everyone what abuse, violence and negligence are.

The issue of senior abuse, for me, is the third type of family violence, and the least well documented. Allow me to explain. We are very advanced in our knowledge of violence against children and we have established a certain number of resources and social responses to the problem.

We have also made a lot of progress in the past 20 to 30 years on spousal abuse, and, here again, we have established policies and action plans. We have not made spousal abuse a specific crime, but we have organized matters so that the Criminal Code is enforced in cases where it is indeed necessary, whereas, for children, as you know, we have tended toward youth protection laws.

The third area is elder abuse, and this is a field that I think is distinctly more complex because it can occur in seniors' residences, but there was also this entire issue of senior abuse in an institutional context. Just as, in child abuse, we know it is generally the parents who are the abusers, so we know, in spousal abuse, that it is generally the spouse who will be violent.

The issue is highly complex in the case of elder abuse because, at home, people may find themselves in couple situations in which there is continuing spousal abuse, but also occasional abuse, and this very much struck me in some of my research work. Suddenly there will appear forms of violence or negligence that were not previously part of the couple's situation. In those instances, it is important to understand what has happened.

We did a follow-up of actual cases over one year, and we were able to determine that, when abuse becomes established between a couple and was not previously there, it is generally related much more to a loss of independence in one of the two partners, and the other one does not really know how to deal with the situation.

This leads us, among other things, to issues of home support for people who are losing their independence and good preparation so that caregivers are in fact able to play their role well.

encore beaucoup de chemin à faire. En fait, c'est seulement depuis 2002 qu'on peut dire qu'on a une définition commune de la maltraitance, définition qui a été adoptée dans le cadre d'une convention internationale qui a eu lieu à Toronto.

Cette définition nous permet d'avoir une assise commune où à la fois des chercheurs, mais surtout des personnes âgées, des intervenants, des membres des familles, des planificateurs de politiques sociales et de politiques publiques, peuvent s'entendre et dire qu'on parle de la même chose.

Si on avait une première recommandation à faire, ce serait de s'assurer qu'on ait un vocabulaire commun. Ce n'est pas clair pour tout le monde ce qu'est la maltraitance, la violence et la négligence.

La question de la maltraitance envers les aînés, c'est pour moi la troisième violence entre proches, et c'est celle qui est la moins bien documentée. Je m'explique. On est très avancé en matière de connaissances sur la violence envers les enfants et on s'est donné quand même un certain nombre de moyens, des réponses sociales à ce problème.

On a aussi beaucoup cheminé depuis 20 à 30 ans en matière de violence conjugale, et encore là, on s'est donné des politiques et des plans d'action. On n'a pas fait de la violence conjugale un crime en particulier, mais on s'est organisé pour que le Code criminel soit bien appliqué dans les cas où c'était effectivement nécessaire alors que chez les enfants, comme vous le savez, on a plutôt été vers des lois de protection de la jeunesse.

Le troisième champ est celui de la violence envers les aînés, et c'est un champ qui, pour moi, est nettement plus complexe parce qu'il peut se produire au domicile des aînés, mais il y avait aussi toute cette problématique de la maltraitance envers les aînés en milieu d'hébergement. Donc, autant en maltraitance des enfants, on sait que c'est en général les parents qui sont les maltraitants, autant en violence conjugale on sait que c'est en général le conjoint ou la conjointe qui va être violent ou violente.

Dans le cas de la maltraitance envers les aînés, la complexité est grande parce qu'à domicile, on peut se retrouver dans des situations de couple où soit qu'il y a de la violence conjugale qui se poursuit, mais aussi de temps en temps et cela m'a beaucoup frappée dans certains de mes travaux de recherche, on va voir apparaître tout à coup des formes de violence ou de négligence alors que ce n'était pas dans le portrait du couple. Là, il importe de comprendre ce qui s'est passé.

On a fait un suivi de cas réels pendant un an, et cela nous a permis de cerner que quand une maltraitance s'installe dans un couple et que ce n'était pas là avant, en général, c'est beaucoup relié à la perte d'autonomie d'un des deux partenaires du couple, et l'autre ne sait pas très bien comment composer avec la situation.

Ceci nous ramène aux enjeux, entre autres, du soutien à domicile pour les gens en perte d'autonomie et d'une bonne préparation pour que les aidants soient effectivement en mesure de bien exercer leur rôle.

I was telling you about couples. There are also adult children or grandchildren who can abuse seniors, and we also see the entire phenomenon of proximity, that is of people who are abused by those in their circle. It may be the neighbour who does the shopping, who goes and buys a quart of milk with a \$20 bill and comes back with the quart of milk, but does not give back the change. I am giving you a trivial example, but there are dramatic cases involving seniors who are literally dispossessed of their property and finances by those close to them.

In an institution, there are two components that must be looked at. When we look across Canada, we can really equip ourselves from the various health orientations. These are all the more organizational issues, that is to say what is an acceptable institutional environment, and how we can ensure that there is a certain degree of quality control. When we say that, we have to look at organizational policies and schedules, among other things.

The example I often give, which is a shocking example for me, is the fact that every shift is responsible for serving a meal, which means that night employees will be responsible for breakfast, day employees for lunch and evening employees for supper.

What really shocks me is realizing that night employees, who finish at 7:30 or 8:00 a.m., will start waking up seniors at 5:00 or 5:30 a.m. in order to have the time to dress them, feed them and put away the trays before the day employees arrive. In those cases, I do not think it is the workers who are at fault, but rather our management practices and practices for organizing those environments where we have long boasted that our institutional environments are living environments, but you sometimes wonder to what extent they are real living environments.

In institutions, there is also the entire problem that must be looked at of a staff that is poorly trained and poorly supervised. A lot of people who work in our institutions have never been trained in gerontology or geriatrics, even people who do not even have reception centre attendant training in which they learn a certain amount of information.

It is as though we are less concerned about the professionalism or quality of the training of this personnel than, for example, that of the staff of day care centres, where we are distinctly stricter about people's profile and knowledge. I think we have some basic work to do in this area.

I could say a lot more about that. What it would be important for me to do when we take a pan-Canadian perspective is to emphasize the importance of being able to equip ourselves and to support ourselves. We currently have a network, called the Canadian Network for Prevention of Elder Abuse, CNPEA, which is doing an extraordinary job. People will always say that it is under-funded and asks too much of volunteers. I think we must support this kind of initiative and also continue supporting various research projects to gain a better understanding of what is

Je vous parlais des couples. Il y a aussi des enfants adultes ou des petits-enfants qui peuvent maltraiter les personnes âgées, et on voit aussi tout le phénomène de proximité, donc des gens qui sont maltraités par des gens de leur entourage. Cela peut être le voisin qui va faire des courses, qui va acheter une pinte de lait avec un 20 \$ et qui revient avec la pinte de lait, mais qui ne remet jamais la monnaie. Je vous donne un exemple banal, mais il y a des cas dramatiques de personnes âgées qui sont littéralement dépossédées de leurs biens, de leurs finances par leurs proches.

En institution, il y a deux volets qu'il faut regarder. Quand on jette un regard pancanadien, on peut vraiment s'outiller ensemble à travers des orientations en santé. Ce sont toutes les questions plus organisationnelles, c'est-à-dire qu'est-ce qui est un milieu d'hébergement acceptable et comment on peut s'assurer qu'il y ait un certain contrôle de la qualité. Quand on se dit ça, il faut regarder les politiques organisationnelles et les horaires, entre autres.

L'exemple que je donne souvent, qui est pour moi un exemple choquant, c'est le fait que chaque quart de travail soit responsable de l'administration d'un repas, ce qui veut dire que les employés de nuit vont se charger du petit-déjeuner, les employés de jour de l'heure du lunch, et les employés de soir du repas, donc, le souper.

Ce qui me choque énormément est de se rendre compte que des employés de nuit, qui finissent à 7 h 30 ou 8 heures, vont se mettre à lever des personnes âgées à 5 heures ou 5 h 30 le matin pour avoir le temps de les vêtir, de les faire manger et d'avoir serré les plateaux avant que les employés de jour arrivent. Dans ces cas-là, pour moi, ce ne sont pas les intervenants qui sont fautifs, mais bien nos pratiques de gestion et nos pratiques d'organisation de ces milieux où on se targue depuis longtemps de dire que nos milieux d'hébergement sont des milieux de vie, mais on se demande des fois jusqu'à quel point c'est un vrai milieu de vie.

Il y a aussi en milieu d'hébergement toute la problématique qu'il faut regarder d'un personnel qui est mal formé et mal encadré. Il y a beaucoup de gens qui travaillent dans nos milieux d'hébergement et qui n'ont jamais eu de formation en gérontologie ou en gériatrie, même des gens qui n'ont même pas la formation de préposés aux bénéficiaires dans laquelle ils apprennent un certain nombre d'informations.

C'est comme si on s'est moins préoccupé du professionnalisme ou de la qualité de formation de ce personnel que de celui, par exemple, de la qualité de la formation du personnel dans les garderies, où on est nettement plus sévère par rapport au profil et par rapport aux connaissances des gens. Je pense que là-dessus, on a un travail fondamental à faire.

Je pourrais en dire encore beaucoup. Ce qu'il m'importerait de dire quand on jette un regard pancanadien, c'est de souligner l'importance de pouvoir s'outiller et de bien se soutenir. Il y a actuellement quand même un réseau, qui s'appelle le Canadian Network for Prevention of Elder Abuse, CNPEA, qui fait un travail extraordinaire. On dira toujours qu'il est trop peu financé et demande trop de bénévoles. Je pense qu'il faut soutenir ce genre d'initiative, continuer aussi à soutenir différents projets de recherche pour mieux comprendre ce qui se fait, mais surtout de

being done, but especially to increasingly promote innovative intervention practices in which we learn what works and what does not work in order to provide assistance and support to seniors.

I will also say that we have developed intervention tools over the years. I have developed an intervention tool with which I train social workers so that they can conduct effective clinical follow-up. I have a doctor colleague from Montreal who has developed a screening tool for use in a doctor's office. There is a privileged relationship between the physician and an elderly person because an elderly person will generally see a doctor four to six times a year; so there is a relationship of trust in which the physician has a role to play. Clearly the physician will never conduct a follow-up because it is psychosocial support workers who do it.

So this brings us back, and I will conclude my remarks on abuse with this, to the importance of supporting integrated service networks in which there is interprofessional collaboration, but especially in which seniors are well provided with care and support and are not forgotten along the way. Ultimately, there is nothing worse than doing a screening and having nothing to offer. It is just agonizing for everyone.

I now come to my third subject, Age-Friendly Cities. This is an extraordinary project because it enables us to look at seniors where they live, from the perspective of improving their living conditions.

There are three major themes to Age-Friendly Cities: first, aging in good health while remaining active, and the notion of activity will change with the abilities of each person; second, this entire notion of participation, and thus the social integration of seniors; third, which concerns me, is this notion of security. For people to be healthy and to participate, they must feel secure.

A global guide to Age-Friendly Cities was published on October 1 last, and that is why we say that it is completely new. To prepare this global guide, field research was conducted in 33 cities around the world, and fortunately my colleague Suzanne Garon and I did the field research here in Sherbrooke. So Sherbrooke is one of the 33 pilot cities in the world, which is very pleasant. There were also three other Canadian cities.

I have tabled the brief that Suzanne and I submitted. I am going to refer to the major factors that I think are fundamentally important.

The first is that it is important to look at where people live in terms of the pivot of their human activity, but also the entire notion of progress. We have often associated the issue of aging more significantly with the developed countries, and the Age-Friendly Cities project has made us realize that accelerated aging is a phenomenon around the world and even in the developing countries.

favoriser de plus en plus des pratiques d'intervention novatrices dans lesquelles on va savoir ce qui marche et ce qui ne marche pas pour bien accompagner les personnes âgées.

Je vous dirai aussi qu'on a développé, avec les années, des outils d'intervention. Moi-même j'ai développé un outil d'intervention avec lequel je forme des travailleurs sociaux pour qu'ils puissent faire un suivi clinique efficace. J'ai un collègue médecin de Montréal a développé un outil de dépistage qui se fait dans le cabinet du médecin. Il existe quand même une relation privilégiée entre le médecin et la personne âgée parce qu'en général, une personne âgée va voir son médecin de quatre à six fois par année, donc il y a toute une relation de confiance où le médecin a un rôle à jouer. Il est évident que le médecin ne fera jamais le suivi, parce que ce sont des intervenants psychosociaux qui le font.

Donc, cela nous ramène, et je vais conclure là-dessus pour mon dossier maltraitance, à toute l'importance de bien soutenir les réseaux intégrés de services où il y a de la collaboration interprofessionnelle, mais surtout dans lesquels la personne âgée est bien accompagnée et n'est pas oubliée en cours de route. Dans le fond, il n'y a rien de pire que de faire un dépistage et de rien offrir. C'est juste plus désespérant pour tout le monde.

J'arrive à mon troisième sujet, Villes amies des aînées. C'est un projet extraordinaire parce qu'il nous permet de jeter un regard sur les personnes âgées là où elles vivent, dans une perspective d'améliorer leurs conditions de vie.

Il y a trois grands thèmes à Villes amies des aînés : premièrement, de vieillir en santé tout en restant actif, et la notion d'activité va se moduler en fonction des capacités de tous et chacun; deuxièmement, c'est toute cette notion de participation, donc l'intégration sociale des aînés; troisièmement, ce qui me préoccupe aussi c'est toute cette notion de sécurité. Pour que des gens soient en santé et qu'ils puissent participer, ils doivent se sentir en sécurité.

Il y a un guide mondial des Villes amies des aînés qui est sorti le 1^{er} octobre dernier, c'est pour cela qu'on dit que c'est tout nouveau. Pour monter ce guide mondial, de la recherche sur le terrain a été faite dans 33 villes au monde et, par bonheur, ma collègue Suzanne Garon et moi-même avons réalisé la recherche sur le terrain ici à Sherbrooke. Donc, Sherbrooke est l'une des 33 villes pilotes au monde, ce qui est très agréable. Il y avait quand même trois autres villes canadiennes.

J'ai aussi déposé le mémoire que Suzanne Garon et moi avons remis. Je vais reprendre les grands éléments qui sont pour moi fondamentaux.

Le premier est toute l'importance de regarder là où les gens vivent en termes de pivot de leur activité humaine, mais aussi toute la notion du progrès. On a souvent associé la question du vieillissement de façon plus importante aux pays développés, et le projet Villes amies des aînés nous a permis de nous rendre compte que l'accélération du vieillissement est un phénomène présent à travers le monde et même dans les pays en voie de développement.

What counts here is that cities be adapted to the needs of seniors so that we can meet the challenge of demographic aging together. The program initially focused on the major cities, on the basis that the major cities have the human, economic and social resources necessary to make innovative changes so that seniors can age well there.

We also said that major cities are also focal points because, as they age, people can very often tend to move closer to services, and thus to the major centres.

What characterizes us in Canada is that, although we are entirely reconciled with the Age-Friendly Cities approach to large cities, the money has been given to much smaller cities. When you look at a city like Saanich, for example, or Portage-La-Prairie, or a city like Sherbrooke, with 150,000 inhabitants, and you compare the results with, for example, Tokyo, London or Shanghai, you realize that we were in cities that were not very comparable in demographic terms.

However, the value of this project is precisely the way in which the eight topics were addressed. The findings from one city to another are exactly the same.

Age-Friendly Cities in fact are concerned with the eight major dimensions of seniors' lives.

Let us start with outdoor spaces and buildings. Here we are thinking of urban design and development and the possibility for seniors to have access to that. In terms of outdoor spaces, one thinks, among other things, of our Canadian winters and of the opportunity for seniors to be able to move around in winter on clear sidewalks. Some municipalities do not have sidewalks.

A number of examples emerged concerning buildings. One of the examples given here in Sherbrooke, and which emerged elsewhere, was access in certain places where doors are often very heavy, and where a draft or airlock forms where people have trouble entering. So we need a city where all our spaces are more accessible.

The second topic is transportation. To participate socially, people have to be able to move around. Of course, a number of elderly persons can still use a motor vehicle, but, for others, circumstances may arise at some point in which they lose their driver's licences, as a result of which we must be concerned about transportation for them. It would be important for our public transit to accommodate seniors so that they are not always associated with para-transit. It is a little unrealistic to think that all seniors need para-transit. There are alternatives.

In Sherbrooke, the transportation issue has raised a lot of questions that you will find in our report and that you will explain. A few months before we conducted our survey, there was a major change in the public transit structure and people could no longer find their way. So they were unable to move around, to

Ce qui compte ici est d'adapter les villes aux besoins des aînés afin qu'on puisse relever ensemble le défi du vieillissement démographique. Le programme s'est au départ intéressé aux grandes villes en disant que les grandes villes ont des ressources humaines, économiques et sociales nécessaires pour effectuer des changements novateurs afin que les aînés puissent bien y vieillir.

On a aussi dit que les grandes villes sont souvent des pôles d'attraction parce que très souvent les gens en vieillissant peuvent avoir tendance à se rapprocher des services, donc, des grands centres.

Ce qui nous caractérise au Canada est que, bien que nous soyons tout à fait réconciliés avec l'approche Villes amies des aînés sur les grandes villes, l'argent a été donné à des villes beaucoup plus petites. Quand on regarde une ville comme Saanich, par exemple, ou Portage-La-Prairie ou encore une ville comme Sherbrooke avec 150 000 habitants, et qu'on compare les résultats avec, par exemple, Tokyo, Londres ou Shanghai, on se rend compte qu'on était dans des villes qui, en termes démographiques, étaient très peu comparables.

Par contre, la richesse de ce projet c'est justement la façon dont on a abordés les huit thèmes. Les conclusions d'une ville à l'autre sont exactement les mêmes.

Villes amies des aînés, c'est se préoccuper, en fait, de huit grandes dimensions dans la vie des aînés :

Commençons par les espaces extérieurs et les édifices. On pense ici à des questions d'aménagement ou de design urbain et à la possibilité pour les aînés d'y accéder. En termes d'espaces extérieurs, on pense, entre autres, à nos hivers canadiens et à la possibilité pour les aînés de pouvoir se mouvoir l'hiver sur des trottoirs déblayés. Certaines municipalités n'ont pas de trottoirs.

Il est ressorti plusieurs d'exemples sur la question des édifices. Un des exemples donné ici à Sherbrooke et qui est ressorti ailleurs était l'accessibilité dans certains lieux où souvent les portes sont très lourdes et où il se forme souvent courant d'air, un sas, où les gens ont de la difficulté à entrer. Donc, il faut une ville dans laquelle tous nos espaces sont plus accessibles.

La deuxième dimension est la question du transport. Pour participer socialement, il faut pouvoir se déplacer. Bien sûr, pour un certain nombre de personnes âgées il y a encore l'usage de l'automobile, mais pour d'autres à un moment donné des circonstances peuvent arriver où on leur retire leur permis de conduire, ce qui fait en sorte qu'on doit se préoccuper d'un transport pour ces personnes âgées. Ce serait important que nos transports publics accommodent les personnes âgées pour ne pas toujours les associer à du transport adapté. C'est un peu irréaliste que de penser que tous les aînés ont besoin du transport adapté. Il y a d'autres alternatives.

Je vous dirais qu'à Sherbrooke, la question du transport avait soulevé beaucoup de questions que vous retrouverez dans notre rapport et que vous explique. Il y a quelques mois avant qu'on fasse notre enquête, on a eu un changement important dans la structuration du transport en commun et les gens ne s'y

know where and when they could transfer in order to go elsewhere.

The third topic is housing, that is the entire question of having suitable and adequate housing for seniors in which they feel secure.

The fourth topic is respect and social inclusion. Here we are back to your ageism issue, which is fundamental.

The fifth topic is social participation, that is recognizing that seniors are contributors to the development of our society.

The sixth topic concerns communication and information. Seniors are emphatic: "Speak to us in a language that is clear, with big letters." You will not be surprised to hear all the criticisms they made of the voicemail boxes you get stuck in when you call virtually everywhere, and I am convinced that we all get very irritated when we come up against that, and it is often worse for seniors who, among other things, have vision problems or a certain dexterity problem.

The seventh topic is civic participation and employment. How can seniors, who want to stay employed, be or not be integrated?

The last topic, but not the least, is the entire notion of community support, the support given to those who are most in danger of losing their independence, and access to health services.

I was listening to the previous testimony when I realized that health is a horizontal issue; there are a lot of concerns about having a family doctor, having access to services, being able to move around in order to get services, and so on.

[English]

Senator Mercer: First, we have to say that we are impressed with the quality of the faculty at the University of Sherbrooke. We heard about the University of Sherbrooke when we were in Moncton, New Brunswick.

You said that you had developed an intervention tool and I would like you to tell me a little more about it.

[Translation]

Ms. Beaulieu: The tool is called ENMAIN, an abbreviation for *enjeu*, *intervention*, *maltraitance* and *ainés*, so there is a bit of a play on words there. It has just been translated into and validated in English and is called INHAND. It is a tool that enables psychosocial workers to assist seniors very clearly in their abuse situation.

retrouvaient plus. Donc, ils n'étaient plus capables de circuler, de savoir à quel endroit et à quelle heure ils pouvaient prendre une correspondance pour aller ailleurs.

La troisième dimension est celle du logement. Donc, toute la question d'avoir un logement adapté et adéquat pour les aînés dans lequel ils se sentent en sécurité.

La quatrième dimension concerne la question du respect et de l'inclusion sociale. Là, on rejoint à nouveau toute votre question de l'âgisme, qui est fondamental.

La cinquième dimension est celle de la participation sociale, donc, reconnaître que les aînés sont des contributeurs au développement de notre société.

La sixième dimension concerne la communication et l'information. Les aînés insistent beaucoup en disant, « Adressez-vous à nous dans un langage qui est clair, ayez un gros caractère. » Vous ne serez pas surpris d'entendre toutes les critiques qu'ils ont faites sur les fameuses boîtes vocales qu'on attrape quand on appelle un peu partout, et je suis convaincue que nous tous sommes très irrités quand on se frappe à cela, et c'est souvent pire pour des personnes âgées qui ont, entre autres, un problème visuel ou un certain problème de dextérité.

La septième dimension, c'est toute la notion de la vie communautaire et de l'emploi. Comment des personnes âgées, qui veulent rester en emploi, peuvent être ou non intégrées?

La dernière dimension, mais non la moindre, est toute la notion du soutien communautaire, le soutien qu'on donne à ceux qui sont en plus grande perte d'autonomie, et toute l'accessibilité aux services de santé.

J'écoutais les témoignages précédents pour me rendre compte que la question de la santé c'est toujours une question transversale; on retrouve beaucoup de préoccupations sur le fait d'avoir un médecin de famille, avoir accès aux services, pouvoir se déplacer pour avoir les services, et cetera.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Premièrement, permettez-moi de vous dire à quel point nous sommes impressionnés par la qualité du corps professoral à l'Université de Sherbrooke. On nous a vanté l'Université de Sherbrooke pendant notre visite à Moncton, au Nouveau-Brunswick.

Vous avez dit que vous aviez mis au point un outil d'intervention. J'aimerais que vous nous en parliez davantage.

[Français]

Mme Beaulieu : L'outil s'appelle ENMAIN une abréviation pour *enjeu*, *intervention*, *maltraitance*, et *ainés*, donc il y a un jeu de mots là-dedans. L'outil vient d'être traduit et validé en anglais, donc il s'appelle INHAND. C'est un outil qui permet aux intervenants psychosociaux de s'assurer d'accompagner de façon très claire la personne âgée à travers tout son cheminement en termes de maltraitance.

I developed the tool following extensive work. I realized, among other things, that the greatest challenge for workers when they work in elder abuse cases is to balance their approach; if they respect the elderly person's independence, and thus that person's self-determination and sometimes respect their independence. This can even mean that, when the person tells me, "I am telling you, but I do not want you to do anything," in that context, the worker can accept the senior's word and say: "I am not someone who listens, and, for the moment, I am waiting for him or her to ask me to do something," as opposed to the other issue, which is the whole issue of protection.

There are serious situations in which we must intervene. There are cases where emergency hospitalization is required; there are cases where we have to consider evaluating the individual's ability or inability in order eventually to put a protection plan in place, particularly when there are cognitive losses.

My tool indexes three intervention models in light of the two values that I have just given you: the first, how ideally to assist the elderly person through all kinds of stages, and, second, how, at times, to accept that that person does not want you to intervene, but to continue providing reinforcement and to listen, hoping that that person will shift more toward intervention; third, on the other hand, in which case we are justified in taking more drastic measures, including, for example, calling the police, emergency hospitalization, and so on.

With this tool, I am training workers in Quebec's health and social services network. I have already trained a number of groups. My tool has been indexed by a pan-Canadian network that you may have heard of, which is called the NICE Network, for National Initiative for the Care of the Elderly, under the direction of Lynn MacDonald of the University of Toronto.

In that network, they have translated my tool into English and we are now going to start introducing it in other parts of Canada.

[English]

Senator Mercer: I want to discuss age-friendly cities project. My colleagues have heard me say that there politics are involved in this project. If we are going to move the agenda forward on age-friendly cities, we are going to have to change the terminology, because the reality of it is that the people making the decisions are not necessarily people who live in cities. Some of us have learned it the hard way that the word "cities" is problematic, so we start to talk in terms of age-friendly communities.

You talk about Saanich and you talk about Sherbrooke. Sherbrooke is a city. If Saanich is a city, it is a pretty small one. I do not know how we start to change it. I know internationally, it comes out of an age-friendly city discussion, but in Canada, it is the community side.

Cet outil, je l'ai développé à la suite de nombreux travaux. Je me suis rendu compte, entre autres, que le plus grand défi des intervenants quand ils travaillent en maltraitance aînée c'est d'équilibrer leur approche; s'ils respectent l'autonomie de la personne âgée, donc, son autodétermination, et parfois, respecter son autonomie. Cela peut même vouloir dire que quand la personne me raconte, « Je te le dis, mais je ne veux pas que tu fasses quelque chose. » dans ce contexte-là, l'intervenant peut accepter la parole de l'aîné et dire : « Je ne suis que quelqu'un qui écoute et pour l'instant j'attends qu'elle me demande de faire quelque chose », versus l'autre enjeu, qui est tout l'enjeu de la protection.

Il y a des situations graves dans lesquelles on doit intervenir. Il y a des cas où on doit passer à une hospitalisation d'urgence; il y a des cas où on doit penser à une évaluation en matière d'aptitude/inaptitude pour éventuellement aller vers la mise en place d'un régime de protection, et cela, c'est particulièrement quand il y a des pertes cognitives.

Mon outil répertorie trois modèles d'intervention à la lumière des deux valeurs que je viens de vous donner : le premier, comment idéalement accompagner la personne âgée à travers toutes sortes d'étapes, et deuxièmement, comment, par moments, accepter qu'elle ne veuille pas qu'on intervienne, mais de rester en renfort et à l'écoute pour souhaiter qu'elle bascule vers un côté plus intervention; troisièmement, de l'autre côté, dans quel cas on est justifié d'appliquer des mesures plus drastiques, dont, par exemple, l'appel à la police, l'hospitalisation d'urgence, et cetera.

Avec cet outil, je forme actuellement des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. J'ai formé plusieurs groupes déjà. Mon outil a été répertorié par un réseau pancanadien, dont vous avez peut-être entendu parlé, qui s'appelle le Réseau NICE, *National Initiative for the Care of the Elderly*, sous la direction de Lynn MacDonald de l'Université de Toronto.

À l'intérieur de ce réseau, on a traduit mon outil en anglais et on va maintenant commencer à l'implanter dans d'autres parties du Canada.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Je veux discuter du projet des Villes amies des aînés. Mes collègues m'ont entendu dire que l'aspect politique entre en jeu dans ce projet. Si l'on veut faire avancer le dossier des villes amies des aînés, il nous faudra modifier la terminologie car en réalité, les gens qui prennent les décisions ne sont pas nécessairement des gens qui vivent en milieu urbain. Certains d'entre nous ont appris à la dure que le terme « villes » fait problème, et c'est pourquoi nous avons commencé à employer l'expression « collectivités amies des aînés ».

Vous avez parlé de Saanich, et aussi de Sherbrooke. Sherbrooke est une ville. Si Saanich est une ville, c'est une toute petite ville. Je ne sais pas comment on peut commencer à changer cela. Je sais que sur la scène internationale, la discussion porte sur les villes amies des aînés, mais au Canada, on insiste sur le volet communautaire.

When the previous government introduced the cities agenda, the transfer of gas tax to the cities, it became a big internal problem because many of our colleagues were not from cities and they said we could not exclude them. So it is terminology.

I do not know how we do that, and I would like to hear your advice on that.

Someone made this suggestion earlier today that it might be possible to find a few locations across the country, whether big, small and medium size, in which we try to implement the age-friendly concept?

Do we designate those cities so that we can say to the rest of Canadians that here is what we have done in Sherbrooke; here is what we have done in Lunenburg; here is what we have done in Saanich? Should we designate the cities to show Canadians what does and what does not work?

Someone has to do this first. Someone has to make the mistakes that are going to be made so that other communities do not make them.

Do you think that is a feasible proposition?

[Translation]

Ms. Beaulieu: I love your question. The first answer is a little more political; you are absolutely right. In Canada, municipal powers are quite limited, whereas that is not the case in other countries. When I look at my colleagues in France, in the French municipalities, there is an elected representative responsible for senior citizens who makes old age policies for his own city.

I think they have gone for a concept in which they say, let us look at where people live. They mainly live in cities; so they adopted that term. Canada very quickly got away from that, even though we have kept the term.

There was also Health Canada's investment in a study in what they called "remote and rural communities." So we have agreed to say that we have to look at where seniors live, and when they do not live in the cities, we also have to concern ourselves with that.

I would be completely comfortable with the idea of eventually changing the theme. I would just have to think of a term we could adopt, but I am nevertheless very much in favour of the idea of "community" because it is embracing.

The idea of introducing the program in a certain number of cities, which we could call "pilot" cities, to see how it works — I am pleased to announce to you that we are doing that in Quebec. Quebec's Secrétariat aux aînés has just invested \$2.5 million to introduce the program in seven different communities in Quebec. This is a research action and evaluative research project that will last five years.

There are seven pilot cities, and my colleague Suzanne Garon and I, who conducted the initial study, were hired to supervise research on it.

Lorsque le gouvernement précédent a présenté son programme à l'endroit des municipalités, notamment le transfert de la taxe sur le carburant, cela a causé un énorme problème interne car un grand nombre de nos collègues qui ne vivaient pas dans les villes se sont sentis exclus. La terminologie fait donc problème.

Je ne sais pas trop comment lancer pareille initiative, et j'aimerais avoir votre avis à ce sujet.

Quelqu'un a dit tout à l'heure qu'on pourrait peut-être trouver quelques endroits au pays, des communautés de petite, moyenne et grande tailles, dans lesquelles on pourrait essayer de mettre en oeuvre le concept des « communautés amies des aînés ».

Faut-il désigner ces localités pour que l'on puisse dire au reste des Canadiens voilà ce que nous avons fait à Sherbrooke voilà ce que nous avons fait à Lunenburg, voilà ce que nous avons fait à Saanich? Faut-il désigner des localités pour montrer aux Canadiens ce qui fonctionne et ne fonctionne pas?

Quelqu'un doit plonger. Il faut que quelqu'un fasse le saut et assume les inévitables erreurs qui surviendront pour que les autres collectivités ne les fassent pas.

Pensez-vous que c'est une proposition viable?

[Français]

Mme Beaulieu : J'adore votre question. Le premier élément de réponse est un peu plus politique : vous avez tout à fait raison. Au Canada, les pouvoirs municipaux sont assez limités, alors que dans d'autres pays du monde ce n'est pas le cas. Quand je regarde chez mes collègues en France, dans les municipalités françaises, il y a là un élu responsable du dossier des aînés qui va faire les politiques de la vieillesse pour sa propre ville.

Je pense qu'ils sont allés sur un concept où l'on a dit, voyons là où les gens vivent. Ils vivent dans des villes prioritairement, donc ils ont pris ce terme. Très rapidement, le Canada s'est dispensé de cela, même si on a gardé le terme.

Il y a eu aussi un investissement de Santé Canada pour faire une étude dans ce qu'ils ont appelé « remote and rural communities ». On a donc accepté de dire, il faut regarder là où vivent les aînés, et quand ils ne vivent pas dans des villes, il faut aussi s'en préoccuper.

Je serais tout à fait à l'aise avec l'idée de changer éventuellement le thème. Il faudrait juste que je réfléchisse à quel terme on peut prendre, mais je suis quand même très favorable à l'idée de « communauté », parce que c'est englobant.

L'idée d'implanter le programme dans un certain nombre de villes, qu'on pourrait appeler des « pilotes » pour voir comment cela fonctionne, j'ai le bonheur de vous annoncer qu'on est en train de le faire au Québec. Le Secrétariat aux aînés du Québec vient d'investir 2,5 millions de dollars pour implanter le programme dans sept communautés différentes au Québec. C'est un projet de recherche-action et de recherche évaluative qui va durer cinq ans.

Il y a sept villes pilotes, et ma collègue Suzanne Garon et moi, qui avons fait l'étude initiale, avons été embauchées pour faire l'encadrement de recherche là-dessus.

So we are trying the initiative, and I must tell you that there are not just big cities; in any case, there are no cities that big in Quebec, apart from a few. So there are really cities of very different sizes. In one region, we took a number of small villages that work together, and we called that an Age-Friendly Region, rather than an Age-Friendly City.

This is completely new. The project started on April 1. We are in the initial stages, but there is such an intention and will to move forward that this is considered to be an interesting program.

We will definitely make mistakes and we will definitely do good things, and our role as researchers will be to conduct comparative analyses in order to derive more comprehensive knowledge.

[English]

Senator Mercer: I like the choice of "community" or "region," it really does not matter that much to me as long as it is not "city."

You say that the pilot project happening in Quebec is in seven communities. It just started in April?

Ms. Beaulieu: It did.

Senator Mercer: My next question was to ask how things were going. It is obviously much too early now.

It is \$2.5 million?

Ms. Beaulieu: Yes, \$2.5 million over five years, and there is seed money in the communities for them to develop activities, and also research money for us to evaluate what is going on.

Senator Mercer: So we will have to wait five years to see the result.

Ms. Beaulieu: No, not exactly. At the end of the first year, we will have first data and we will be able to compare and give out some results.

Senator Mercer: I would ask that you keep us in mind as you distribute the results because even though we will have reported by then, our interest will not have waned.

Senator Keon: I want to bring you back to the senior abuse issue. Being pragmatic, let me use the example of a senior couple who are fundamentally financially and socially sort of dependent on each other, because of the way the system works, and there is some abuse there that has to be dealt with. It probably means removing them from their relationship.

What really does interest me is not what can be done, I would like you to tell me that, but it is what cannot be done, what things are missing in the social infrastructure that would allow you to go in and solve that problem?

On tente donc l'initiative, et je dois vous dire qu'il n'y a pas que de grosses villes, de toute façon, il n'y a pas de villes si énormes que cela au Québec à part quelques-unes. Alors, il y a vraiment des villes de tailles très différentes. Dans une région, on a pris un ensemble de petits villages qui travaillent ensemble et on appelle cela, justement, une Région amie des aînés, plutôt qu'une Ville amie des aînés.

C'est tout nouveau. Ce projet a commencé le 1^{er} avril dernier. On est dans les premiers balbutiements, mais il y a une intention et une volonté d'aller de l'avant tellement on considère que c'est un programme qui est intéressant.

C'est sûr qu'on va faire des erreurs et c'est sûr qu'on va faire de bons coups, et notre rôle de chercheurs sera de faire les analyses comparatives pour tirer des savoirs plus globaux.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : J'aime le choix du terme « collectivité » ou « région », peu m'importe, pourvu que l'on ne parle pas de « ville ».

Vous dites que le projet pilote au Québec se déroule dans sept localités. Vient-il tout juste de commencer en avril?

Mme Beaulieu : Oui.

Le sénateur Mercer : En posant ma prochaine question, je voulais savoir comment les choses allaient. Il est manifestement trop tôt pour le savoir maintenant.

Est-ce 2,5 millions?

Mme Beaulieu : Oui, 2,5 millions sur cinq ans. Il y a aussi des fonds de démarrage pour aider les localités à mettre sur pied des activités, ainsi que des fonds pour la recherche afin de nous permettre d'évaluer le déroulement du projet.

Le sénateur Mercer : Autrement dit, il faudra attendre cinq ans pour voir le résultat.

Mme Beaulieu : Non, pas exactement. À la fin de la première année, nous aurons les premières données et nous serons en mesure de faire des comparaisons et de livrer certains résultats.

Le sénateur Mercer : Je vous demanderais de garder le comité à l'esprit lorsque vous divulguez vos résultats car même si nous aurons rédigé notre rapport à ce moment-là, notre intérêt pour cette question sera toujours aussi vif.

Le sénateur Keon : Je voudrais revenir sur la question de la maltraitance des aînés. Comme je suis pragmatique, permettez-moi d'utiliser l'exemple d'un couple de personnes âgées qui sont dépendants l'un de l'autre aux plans social et financier, compte tenu de la façon dont le système fonctionne. Advenant qu'il y ait maltraitance, il faudra régler le problème, ce qui signifie sans doute qu'il faudra les séparer.

Ce qui m'intéresse, ce n'est pas tellement ce qu'on peut faire, même si j'aimerais que vous m'en parliez, mais surtout ce que l'on ne peut pas faire. Je veux savoir quelles sont les lacunes de l'infrastructure sociale qui vous empêchent d'intervenir et de régler le problème?

[Translation]

Ms. Beaulieu : You take the specific example of a couple. For a long time, we thought we had to apply spousal abuse policies to the different couples, regardless of the age of the partners. We realized that, for the moment, that does not work. That is one of the things that should not be done.

Among other things, when you take, for example, an abused elderly woman to an institution for women victims of spousal abuse, elderly women do not see why they are there because the women there are often much younger women with young children; they are thus in another phase of their lives. The approach we will often take with them, which is an excellent approach, is an empowerment approach, the idea being for them to take back control of their lives and eventually to get out of the relationship.

We realize, among elderly people, that people very rarely want to terminate the relationship, particularly when there has been spousal abuse for a long time. If the people have been in that situation for 50 or 60 years, we cannot come in and say that the solution is to work toward a break-up of the relationship.

At that point, there is a whole supervision and mediation effort in which we have to work with a caseworker who is forced to get a grasp of the situation and, among other things, lead each of the partners to express more clearly what he and she are experiencing, in an attempt to find solutions, but solutions with which both are comfortable.

I would say that the difficulty that caseworkers say they most often encounter, and this is one of our infrastructure problems, is: "I do not always feel equipped; I do not exactly know; I do not clearly understand the dynamics of elderly couples, but, when I make an effort, I know it will take me a lot of time."

In general, the entire public social services network asks caseworkers to intervene quickly to a certain degree; so it expects them to open files, but also to close them, so that files do not always stay open. Caseworkers tell us that, in our structures, "we are asked to intervene, but we are not given the time or the resources to do it right."

I think the message that must be sent is that intervention in these cases is a complex matter and that, as a result of the complexity of the cases, it takes time and a certain expertise. And in each of the institutions — I am still talking about the public system, but that still interests the community system — we should have a better trained specialist who can either take on the case or at least coach, encourage or guide the other caseworkers. And that is lacking. So that would already be a step we could take.

[English]

Senator Keon : You are confirming then that there is not the infrastructure in place right now to deal with that.

[Français]

Mme Beaulieu : Vous prenez l'exemple spécifique d'un couple. Pendant longtemps, on a pensé qu'on devait appliquer les politiques en matière de violence conjugale aux différents couples, peu importe l'âge des partenaires. On s'est rendu compte que pour l'instant cela ne fonctionne pas. C'est une des choses à ne pas faire.

Entre autres, quand on amène, par exemple, une femme âgée maltraitée dans un milieu d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, les femmes âgées ne se reconnaissent pas, parce que très souvent les femmes qui sont là sont des femmes beaucoup plus jeunes avec de jeunes enfants, donc ils sont dans une autre phase de leur vie. Souvent, l'approche qu'on va prendre auprès d'elles, qui est une excellente approche est une approche d'« empowerment », donc de reprendre le contrôle sur sa vie et éventuellement de sortir de la relation.

On se rend compte chez les gens âgés que c'est très rare les gens qu'ils veulent mettre fin à la relation, surtout quand il y a eu de la violence conjugale depuis longtemps. Si les gens ont été dans cette situation pendant 50, 60 ans, on ne peut pas arriver et dire que la solution est de travailler sur un bris de la relation.

C'est tout un travail à ce moment-là d'encadrement et de médiation, où on doit travailler avec un intervenant qui soit obligé de faire la part des choses et, entre autres, amener chacun des partenaires à mieux exprimer ce qu'il vit, pour essayer de trouver des solutions, mais des solutions dans lesquelles les deux sont bien.

Je vous dirais que la difficulté que les intervenants disent le plus souvent, et cela fait partie de nos problèmes d'infrastructure, c'est : « je ne me sens pas toujours outillé, je ne sais pas exactement, je ne comprends pas bien les dynamiques chez les couples âgés, mais quand je m'investis, je sais que cela va me prendre beaucoup de temps ».

En général, tout le réseau public de services sociaux demande aux intervenants d'intervenir avec une certaine rapidité, donc on s'attend à ce qu'on ouvre des dossiers, mais aussi qu'on en ferme, que les dossiers ne restent pas toujours ouverts. Les intervenants nous disent, que dans nos structures, « on nous demande d'intervenir, mais on ne nous donne pas le temps ni les moyens pour le faire comme il le faut ».

Je pense que le message qu'il faut passer est que l'intervention dans ces dossiers est complexe et, en raison de sa complexité, cela prend du temps et une certaine expertise. Et dans chacun des milieux, je vous parle toujours plus du réseau public, mais quand même cela s'intéresse au communautaire, on devrait avoir un ou une spécialiste mieux formé qui puisse soit prendre les cas ou, du moins, coacher, encourager et bien guider les autres intervenants. Et cela manque. Donc, ce serait déjà un pas qu'on peut faire.

[Traduction]

Le sénateur Keon : Vous confirmez donc qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas d'infrastructure pour régler ce type de problème.

[Translation]

Ms. Beaulieu: We definitely do not have all the necessary infrastructure; I confirm that for you.

[English]

The Chair: Thank you very much. You have confirmed some evidence we heard earlier with respect to the treatment of physical abuse, if you will. However, I am concerned about the other kinds of abuse that occur within the senior dynamic, the abuse which takes place in the long-term care facility, the abuse which takes place within the home.

You addressed that very briefly when you indicated that the dependent person is frustrated because he or she is no longer dependent and the caregiver, male or female, who has absolutely no training to deal with this person who, quite frankly, requires that training to deal with this person.

I watched this with my own family, with my father who was a stroke victim. In that case, my mother had been trained as a nurse, so she had the expertise in terms of his physical care. But I remember my father saying to me one day, with great sadness: "Vivian is no longer my wife, she is my nurse."

I would like you to comment on that situation.

[Translation]

Ms. Beaulieu: You are touching on a problem that many still refuse to consider, and I am pleased you're bringing it up. I am going to answer you with an anecdote that illustrates it clearly.

There is a filmmaker here in Quebec by the name of Gilles Carle, who suffers from very advanced Parkinson's, and who is very dependent, and who has been married for many years now to an actress much younger than he. And contrary to all the prejudices that one may hear, they are a very happy and very close couple. Mr. Carle is in a state of very considerable dependence and Ms. Sainte-Marie, who is his wife, speaks on behalf of all natural caregivers and regularly talks about everything it means to take care of a spouse. She has told, and that very much moved me, how at one point she allowed employees to come to the house to give him a bath, to dress him, and to perform a number of more instrumental tasks, because she said: "from the moment I only did that, I was no longer Gilles Carle's spouse; I became only his caregiver; and there was no longer any room for what united us, that is to say being above all a couple."

When I hear you mention that, I say to myself, yes, you are headed in the same direction as Ms. Sainte-Marie's remarks, and I think that brings us back to how important it is to provide home support infrastructure that really meets the needs of the people who are caregivers.

[Français]

Mme Beaulieu : On n'a certainement pas toute l'infrastructure nécessaire, je vous le confirme.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup. Vous avez confirmé certains témoignages que nous avons entendus antérieurement au sujet de la réaction face aux sévices physiques, si vous voulez. Cela dit, je m'inquiète aussi d'autres types de maltraitance qui surviennent parmi les personnes âgées, soit les mauvais traitements dans les centres de soins de longue durée et à domicile.

Vous avez évoqué cela très brièvement : la personne dépendante est frustrée parce qu'elle est en perte d'indépendance, et l'aidant naturel, homme ou femme, n'a absolument aucune formation pour traiter avec cette personne qui, à vrai dire, a besoin d'une aide spécialisée.

J'ai vécu cette expérience dans ma propre famille lorsque mon père a été victime d'un accident vasculaire cérébral. En l'occurrence, ma mère avait une formation d'infirmière. Elle possédait donc l'expertise nécessaire pour lui prodiguer des soins physiques. Mais je me souviens que mon père m'a dit un jour avec beaucoup de tristesse : « Vivian n'est plus ma femme, elle est mon infirmière. »

J'aimerais que vous commentiez cette situation.

[Français]

Mme Beaulieu : Vous touchez à une problématique que plusieurs refusent encore de regarder, et je suis contente que vous la nommiez. Je vais vous répondre par une anecdote qui l'illustre bien.

Il y a ici au Québec un cinéaste du nom de Gilles Carle, qui souffre de Parkinson très avancé, et qui est très dépendant, et qui est marié depuis plusieurs années déjà, avec une comédienne beaucoup plus jeune que lui. Et, contrairement à tous les préjugés qu'on peut entendre, cela fait un couple très heureux et très uni. Monsieur Carle est donc dans un état de très grande dépendance et Mme Sainte-Marie, qui est son épouse, parle au nom des aidants naturels et raconte régulièrement tout ce que cela veut dire que de prendre soin d'un conjoint. Elle a raconté, et cela m'avait beaucoup touchée, comment à un moment donné, elle a accepté que des employés viennent à la maison pour lui donner son bain, pour le vêtir, et pour faire un certain nombre de tâches plus instrumentales, parce qu'elle s'est dit : « À partir du moment où je ne faisais que cela, je n'étais plus la conjointe de Gilles Carle, j'étais devenue uniquement son aidante, et il n'y avait plus d'espace pour ce qui nous lie, c'est-à-dire être avant tout un couple ».

Quand je vous entends mentionner cela, je me dis que oui, vous allez dans le même sens que les témoignages de Mme Sainte-Marie, et je pense que cela nous ramène à toute l'importance d'offrir des infrastructures de soutien à domicile qui répondent vraiment aux besoins des personnes qui sont des aidants.

Dr. Hébert, whom you met this morning, must have told you that, based on the studies he has conducted, the public system currently barely meets 10 per cent of the needs of caregivers and the people who need help. That means that 90 per cent of needs are not being met, things for which you rely on relatives to an enormous degree, and, if these relatives are not given support, that for me is an infernal spiral that is really taking us down to the deeps.

I am not telling you that these situations will necessarily always result in abuse, but certain forms of negligence can occur in these circumstances, and at that point the caregivers should not be blamed either. When you have exhausted, poorly supported caregivers, these are things that can happen. That does not explain all situations, but it explains some situations, and that is very sad.

[English]

The Chair: It is interesting because at first, we did have the VON coming in to care for him and to give him help, but my mother did not think it was being done properly. She had been trained in the old school. So she took over his physiotherapy, she took over his speech therapy, she took over everything.

My father died in May 1980. My mother died in December of the same year. She died of exhaustion. I think that is all too often the story of the delivery of care by one partner to another partner. She was only 73 years old. She had a weak heart, and that just contributed to the weak heart.

When we make a recommendation for a national home care program, which I hope we will be able to make, is that going to help to facilitate some of this training, some of this relief to home care workers?

[Translation]

Ms. Beaulieu: I think that any investment in home support programs is welcome.

When you go back to the specific situation of your mother, what I am hearing as well, and what I think is important, is that informal caregivers must feel they are partners in the decisions that are made and in the manner in which services are provided. Your mother probably never had the opportunity to speak or take part in the decisions, and it was easier for her at one point to say, "reject the services and I am doing it," rather than feel part of a team that, as long as possible, wanted good things for her husband.

So that leads us back again to the matter of training for our caseworkers. Offering services is not everything. We have to offer them and know how to become partners with people. And we can never emphasize this too much in the training of our caseworkers. This is the whole relationship dynamic and the ability to enter into dialogue with people.

Le Dr Hébert, que vous avez rencontré ce matin, a dû vous dire qu'avec les études qu'il a faites, actuellement dans le réseau public, on répond à peine à 10 p. 100 des besoins des aidants et des personnes qui ont besoin d'aide. Cela veut dire qu'il y a 90 p. 100 des besoins qui sont non comblés, sur lesquels on compte énormément sur les proches, et ce, si on ne donne pas de soutien aux proches, c'est vraiment pour moi une spirale infernale et cela nous amène vraiment vers un bas fond.

Je ne vous dis pas que nécessairement ces situations-là vont toujours entraîner de la maltraitance, mais il peut arriver que dans ces contextes-là, il y ait certaines formes de négligence, et à ce moment-là il ne faut pas jeter le blâme non plus sur les aidants. Quand on se retrouve avec des aidants épuisés, mal soutenus, ce sont des choses qui peuvent arriver. Cela n'explique pas toutes les situations, mais cela explique certaines situations, et c'est d'une très grande tristesse.

[Traduction]

La présidente : C'est intéressant parce qu'au départ, les infirmières de l'Ordre de Victoria venaient s'occuper de lui et l'aider. Mais ma mère estimait qu'elles ne faisaient pas bien leur travail. Elle avait été formée selon des méthodes traditionnelles. Elle a donc assumé les traitements de physiothérapie et d'orthophonie de mon père. Elle a fini par s'occuper de tout.

Mon père est mort en mai 1980, et ma mère est morte en décembre de la même année. Elle est morte d'épuisement. Je pense que, trop souvent, c'est ce qui arrive lorsqu'un partenaire prodigue des soins à l'autre. Elle n'avait que 73 ans, mais son cœur était faible et la situation n'a fait qu'aggraver sa condition.

Si nous faisons une recommandation en faveur de la mise sur pied d'un programme national de soins à domicile — ce que j'espère —, cela va-t-il faciliter cette formation, donner un peu de répit aux aidants naturels?

[Français]

Mme Beaulieu : Je pense que tout investissement dans des programmes de soutien à domicile est le bienvenu.

Quand vous revenez à la situation particulière de votre mère, ce que j'entends aussi et qui m'apparaît important est que les proches aidants doivent se sentir partenaires des décisions qu'on prend et de la façon dont les services sont donnés. Votre mère n'a probablement jamais eu l'occasion de s'exprimer ou de participer aux décisions, et pour elle à un moment donné, c'était peut-être plus facile de dire « Je refuse les services et je le fais », plutôt que de se sentir part d'une équipe qui voulait le bien, le plus longtemps possible, de son conjoint.

Donc, cela nous ramène encore sur une question de formation de nos intervenants. Ce n'est pas tout d'offrir des services, il faut savoir les offrir et savoir se faire partenaire avec les gens. Et l'on n'insistera jamais assez là-dessus, dans la formation de nos intervenants. C'est toute la dynamique relationnelle et la capacité d'entrer en dialogue avec les gens.

[English]

The Chair: Thank you, senators, and thank you, Mme Beaulieu. This has been a wonderful intervention, and I am very pleased you gave us the figure of 10 per cent, because Dr. Hébert did not give it to us this morning. The fact that you put that on the record is extremely important for our deliberations.

[Translation]

Ms. Beaulieu: It was a great pleasure for me, and good luck in your work.

[English]

The Chair: Honourable colleagues, we will begin what we call our town hall meeting.

We would first like to welcome to the microphone Monique Joyal-Painchaud, who has been very patient all day. She has been sitting and listening.

[Translation]

Monique Joyal-Painchaud, as an individual: Madam Chair, I would like to talk about Recommendation 66 on natural caregivers. I knew a family in which there was the relative, a 92-year-old man, and his wife. At one point, they needed help. It was the son who left his home to come and help his father, who was forced to sell his house to pay court costs. In the end, he spent all the money from the house and was not even in the same place either.

If he had received a salary like someone who works in a hospital or in an institution, he would have had a salary every week, which would have enabled him to keep his head above water without exhausting all his money and winding up out of luck at one point.

Proposals have been made for natural caregivers, but if we pay someone in an institution, the caregiver could also have a salary because it is more than 40 hours a week, and it is seven days a week. I think they should have a salary during the entire period when they are caregivers, perhaps not \$20 or \$30 an hour, but at least \$8 to \$10 an hour for a 40-hour week.

That is what I wanted to say. Otherwise, they are generous, but they wind up in tough conditions.

[English]

The Chair: Thank you very much for a very necessary addition to what we have been hearing. We need to hear personal stories like yours.

We would now like to welcome to the microphone Gilles Grenier.

[Traduction]

La présidente : Merci, sénateurs, et merci, madame Beaulieu, pour votre excellente intervention. Je suis très heureuse que vous nous ayez communiqué ce chiffre de 10 p. 100 car le Dr Hébert ne l'avait pas fait ce matin. Il est extrêmement important pour nos délibérations que vous ayez pu faire consigner cela au compte rendu.

[Français]

Mme Beaulieu : Cela me fait grandement plaisir, et bonne continuation dans vos travaux.

[Traduction]

La présidente : Honorables collègues, nous allons commencer ce que nous appelons notre assemblée publique.

Tout d'abord, je souhaite la bienvenue au microphone à Monique Joyal-Painchaud, qui a été très patiente toute la journée. Elle est restée assise à écouter.

[Français]

Monique Joyal-Painchaud, à titre personnel : Madame la présidente, j'aimerais parler de la recommandation 66 sur les aidants naturels. J'ai connu une famille où il y avait le parent, un homme de 92 ans, et sa femme. À un moment donné, ils ont eu besoin d'aide. C'est le fils, qui a quitté sa maison pour venir aider son père, qui a été obligé de vendre sa maison pour payer des frais à la cour. Finalement, il a dépensé tout l'argent de la maison, et n'était pas dans le même milieu non plus.

S'il avait reçu un salaire comme quelqu'un qui travaille dans un hôpital ou dans une institution, il aurait eu un salaire toutes les semaines, ce qui lui aurait permis de se tenir à flot sans épuiser tout son argent et se retrouver le bec à l'eau à un moment donné.

Il y a des propositions qui ont été faites pour les aidants naturels, mais si on paye quelqu'un dans une institution, l'aidant pourrait aussi avoir un salaire parce que c'est plus que 40 heures semaine, c'est 7 jours/semaine. Je pense que pendant toute la période où ils sont aidants, ils devraient avoir un salaire, peut-être pas 20 \$, 30 \$ l'heure, mais au moins 8 \$ à 10 \$ l'heure pour une semaine de 40 heures.

C'est ce que je voulais dire. Autrement, ils sont généreux, mais ils se retrouvent dans des conditions difficiles.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup de cet ajout très nécessaire à ce que nous avons déjà entendu. Il est utile pour nous de prendre connaissance d'histoires personnelles comme la vôtre.

J'aimerais maintenant inviter a microphone Gilles Grenier.

[Translation]

Gilles Grenier, as an individual: Over the lunch hour, I read about Quebecers' drug costs in the *Journal de Montréal*; they spend about \$832 a year on drugs, and most drugs have serious side effects.

I have a friend who has scoliosis in her spinal column. She worked with a couple who had Alzheimer's. It is strange, but the couple had the disease at the same time. She worked a number of hours and wanted to show that she was able to work, but what happened is that, when she left, she could no longer wear the same clothing. The doctor said her scoliosis had shifted about 55 degrees. I provided her with what she needed, but she had to see an orthopedic specialist at Sacré-Cœur Hospital in Montreal, a Dr. Morin. In the end, she tried an anti-inflammatory because she had serious pain and could not sleep at night. During the day, a lack of sleep at night affects the nervous system. He prescribed her anti-inflammatory after anti-inflammatory, and she still had pain. Even in her left arm, it was as though it was paralyzing. She picked up dishes and almost dropped them. Her name is France, and I told her, "while you are at it, France, you might as well take 94-proof alcohol." You know, the old people took it. They did not care about anti-inflammatories. That is what my father took. He never went to the hospital, he never went to see doctors, and yet he died at 83 years of age, and my mother died when she was 87. My grandfather was a farmer and, to do a day's work, drank a glass of gin in the morning, and that gave him some pep. It worked, and he was virtually never in the hospital. It was only at the age of 83 that he was forced to go to the hospital.

I told my friend to go and see Dr. Clark, who used to be on Dufferin Street, and he worked at Sherbrooke Hospital. He was a very good family doctor, and he was her family doctor. He prescribed her some Revitolus (ph), in vials to be taken orally. One is black, which is animal glands, and another is 1,000 mg of vitamin C. You take that in the morning before breakfast with a little water. I added two or three drops of holy water. I know how to make holy water. Revitolus was prescribed for people who had had an operation, to make them stronger, so they could get out of hospital sooner. It really braces you. I started taking it myself, and you would think it gives you a more harmonious voice, and I feel stronger too. A little more and people would take me for Hercules, the god of musculature: "Back off, Hercules is coming through."

In any case, whatever may happen, I think you have to reduce the cost of drugs and prevent side effects as much as possible. If people have too much pain, a good shot of 94-proof alcohol, not to get drunk, and you ultimately forget a lot of pain with that.

[Français]

Gilles Grenier, à titre personnel : Sur l'heure du dîner, je lisais dans le *Journal de Montréal*, concernant les coûts des médicaments des Québécois; ils dépensent environ 832 \$ par année pour des médicaments, et la majorité des médicaments ont tous de graves effets secondaires.

J'ai une amie qui a la scoliose de la colonne vertébrale. Elle a travaillé avec un couple qui avait l'Alzheimer. C'est étrange, mais le couple a eu la maladie en même temps. Elle travaillait plusieurs heures, elle voulait montrer qu'elle était capable de travailler, mais ce qui est arrivé c'est que quand elle a laissé, elle n'était plus capable de porter les mêmes vêtements. Sa scoliose avait bougé, le médecin disait d'environ 55 degrés. Moi, je lui ai fourni ce qui était nécessaire, mais il fallait qu'elle voie un orthopédiste à l'hôpital Sacré-Cœur à Montréal, un Dr Morin. Finalement, elle essayait un anti-inflammatoire parce qu'elle avait des douleurs énormes, elle ne pouvait pas dormir la nuit. Durant la journée, cela tombe sur le système nerveux quand quelqu'un ne dort pas la nuit. Il lui prescrivait un anti-inflammatoire par-dessus anti-inflammatoire, et elle avait toujours des douleurs. Même au niveau du bras gauche, c'était comme s'il était en train de paralyser. Elle prenait de la vaisselle et elle risquait de l'échapper. Elle s'appelle France et je lui ai dit, « Tant qu'à faire, France, tu es aussi bien de prendre de l'alcool à 94 p. 100. » Vous savez, les vieux en prenaient. Ils se fichaient des anti-inflammatoires. Mon père, lui, c'était ce qu'il prenait. Il n'allait jamais à l'hôpital, il n'allait jamais voir de médecins, et pourtant il est décédé à 83 ans, et ma mère est décédée à 87 ans. Mon grand-père était fermier et, pour faire une journée de travail, prenait un petit verre de Gin le matin et cela lui donnait du « pep ». Il fonctionnait et il n'est à peu près jamais allé à l'hôpital. C'est juste à l'âge de 83 ans qu'il a été obligé d'aller à l'hôpital.

J'ai dit à mon amie de voir le Dr Clark qui était sur la rue Dufferin auparavant et il travaillait au Sherbrooke Hospital. C'était un très bon médecin de famille et c'était son médecin de famille. Il lui a prescrit du Revitolus (ph), des ampoules buvables. Il y en a une qui est noire, c'est des glandes animales, et une autre c'est 1 000 mg de vitamine C. Quelqu'un prend cela le matin à jeun avec un peu d'eau. Moi, j'ai rajouté 2-3 gouttes d'eau bénite. Je sais comment faire de l'eau bénite. Le Revitolus était prescrit pour des gens qui avaient subi une opération chirurgicale, pour les renforcer, pour les sortir le plus vite des hôpitaux. Cela renforce énormément. Moi-même, j'ai commencé à en prendre, et on dirait que cela donne une voix plus harmonieuse, et je me sens plus fort en plus. Un peu plus, je me prendrais pour Hercules, le dieu de la musculature, « Herculez-vous, on avance ».

En tout cas, adienne que pourra, je pense qu'il faut diminuer le coût des médicaments et éviter le plus possible d'effets secondaires. Si les gens ont trop de douleur, un bon coup d'alcool à 94 p. 100, pas pour se mettre « paf », et en fin de compte, vous oubliez bien des douleurs avec cela.

[English]

The Chair: Thank you, Mr. Grenier.

Is there anybody else who would like to come forward?

[Translation]

André Fréchette, as an individual: I am a member of the Sherbrooke Community Association, which works for people 50 years of age and over. We manage an activity centre, a centre that organizes physical, cultural and educational activities. We also have the meals on wheels component, which delivers 325 meals a day in greater Sherbrooke. We say Sherbrooke is big, with a population of 150,000. Every day at noon, five days a week, we deliver between 325 and 350 meals.

When I received your document, your interim report, I was very interested in the first option, which was to grant a tax credit for volunteers. I have been a volunteer for eight years. I was lucky to be able to take a very good early retirement, but a lot of my co-workers are drivers and use their own cars to deliver meals. With the cost of gasoline, the people involved in this volunteer activity receive compensation of about \$7 to \$8 to drive 30 to 40 km to make deliveries. So that is very little, and that means we have a lot of trouble finding volunteers, even if we pay them a little compensation.

This would be important because we realize that the baby boomers, the people who had the privilege of having good jobs, once they retire, have a lot of other projects to do, personal projects, work on their homes, travel, new sports they want to master. So a tax credit would be very important.

Another of your options is very important, the one in which you talk about natural caregivers.

Before coming here today, for example, between 10:30 a.m. and noon, I delivered exactly 30 meals. What saddens me is to see that people are alone. The seniors we deliver lunches to are not miserable, but what is unfortunate is to see that it is not one of their children who comes to deliver their meal; it is a stranger.

There is one case, a 40-year-old man who comes and has lunch with his mother every day. He does not have the time to prepare a meal for her. He brings his own lunch, and he eats with his mother. I arrive and I give his mother the hot meal. I find it sad that this guy cannot get a tax credit to come and prepare his mother's meal himself, or just be there to receive it and not be penalized for his job.

Today I had a student from the University of Sherbrooke, a Senegalese, whom I was introducing to volunteer work, and that student from Senegal told me: "Mr. Fréchette, I find it extremely sad to see the situation you have shown me today, 30 elderly persons at home alone at lunch time. In my country, we are poor, but we would not see that." That is the conclusion of someone who looks at us from the outside.

[Traduction]

La présidente : Merci, monsieur Grenier.

Quelqu'un d'autre veut-il prendre la parole?

[Français]

André Fréchette, à titre personnel : Je suis membre de l'Association communautaire de Sherbrooke, qui oeuvre pour les personnes de 50 ans et plus. On s'occupe d'un centre d'activités, un centre qui organise des activités physiques, culturelles et éducatives. On a aussi le volet Popotte roulante, qui permet de livrer 325 repas tous les jours dans la grande ville de Sherbrooke. Nous, on dit que c'est grand, Sherbrooke, 150 000 de population. À chaque midi, 5 jours/semaine, on va livrer entre 325 et 350 repas.

Quand j'ai reçu votre document, votre rapport provisoire, j'ai été très intéressé par la première option, qui était d'accorder un crédit d'impôt pour les bénévoles. Moi, je suis bénévole depuis huit ans. J'ai eu la chance de prendre une préretraite quand même très intéressante, mais il y a beaucoup de mes collègues qui sont chauffeurs et qui utilisent leur propre auto pour faire la livraison des repas. Avec le coût de l'essence, les gens qui font cette activité bénévole, reçoivent une compensation d'à peu près de 7 \$ à 8 \$ pour faire 30-40 km de livraison. Donc, c'est très peu et cela fait en sorte qu'on a beaucoup de difficulté à avoir des bénévoles, même si on leur donne une petite compensation.

Ce serait important, parce qu'on s'aperçoit que les baby-boomers, les gens qui ont eu le privilège d'avoir de bons emplois, lorsqu'ils deviennent retraités, ont beaucoup d'autres projets à faire, des projets personnels, des travaux sur leur maison, des voyages, des nouveaux sports qu'ils veulent maîtriser. Donc, un crédit d'impôt serait très important.

Il y a une autre de vos options qui est très importante, celle où vous parlez d'aïdants naturels.

Aujourd'hui, par exemple, avant de venir ici, entre 10 h 30 et midi, j'ai livré 30 repas exactement. Ce qui m'attriste c'est de voir des gens qui sont seuls. Les personnes âgées à qui on va porter les dîners ne sont pas misérables, mais ce qui est dommage est de voir que ce n'est pas un de leur enfant qui vient leur porter le repas, c'est un étranger.

Il y a un cas où il y a un homme de 40 ans qui vient dîner avec sa mère tous les jours. Il n'a pas le temps de lui préparer un repas. Lui-même s'apporte un lunch, et il le mange avec sa mère. Moi, j'arrive et je donne le repas chaud à sa mère. Je trouve cela triste que ce gars-là ne puisse pas avoir un crédit d'impôt pour venir préparer lui-même le repas à sa mère, ou bien juste être là pour le recevoir et ne pas être pénalisé pour son emploi.

Aujourd'hui, comme voltigeur, j'avais un étudiant de l'Université de Sherbrooke, un Sénégalais, que j'initiais au travail de bénévole, et cet étudiant du Sénégal me disait : « Monsieur Fréchette, je trouve cela extrêmement triste de voir la réalité que vous m'avez montrée aujourd'hui, 30 personnes âgées chez elles, seules, sur l'heure du midi. Dans mon pays, on est pauvre, mais on ne verrait pas cela. » C'est la conclusion de quelqu'un qui nous regarde de l'extérieur.

So, yes, a tax credit for volunteers, for the people who want to be volunteers, and not to have to be out of pocket, because some cannot afford to pay for gasoline, to pay for their travel, and a tax credit as well for natural caregivers so it is not strangers, so that it is people who are related. Being served a meal by a stranger is different. We can be as polite and nice as we can, but that is not like a son or a daughter bringing the food. That was my message. Thank you very much, and good luck to the committee.

[English]

The Chair: Thank you very much for that presentation.

That concludes our meetings in Sherbrooke.

The committee adjourned.

Donc, oui, un crédit d'impôt pour les bénévoles, pour les gens qui veulent être bénévoles, et ne pas avoir à déboursier, parce qu'il y en a qui n'ont pas les moyens de payer l'essence, de payer leurs déplacements, et un crédit d'impôt aussi pour les aidants naturels pour que ce ne soit pas des étrangers, que ce soit des gens de la parenté. Cela fait une différence de se faire servir un repas par un étranger. On a beau être poli et gentil, mais ce n'est pas comme si c'était un garçon ou une fille qui va porter la nourriture. C'était mon message. Merci beaucoup, et bonne chance au comité.

[Traduction]

La présidente : Merci beaucoup de cet exposé.

Voilà qui met fin à nos réunions à Sherbrooke.

La séance est levée.

Table régionale de concertation des aînées et des retraités de l'Estrie:

Paul Rodrigue, Treasurer;

Jacques Demers, Secretary.

University of Third Age:

Gilles Beaulieu, Development Officer.

Individuals:

Marie Beaulieu, Professor, Social Services, University of Sherbrooke;

Monique Joyal-Painchaud;

Gilles Grenier;

André Fréchette.

Table régionale de concertation des aînés et des retraités de l'Estrie :

Paul Rodrigue, trésorier;

Jacques Demers, secrétaire.

Université du troisième âge :

Gilles Beaulieu, agent de développement.

À titre personnel :

Marie Beaulieu, professeure, Service social, Université de Sherbrooke;

Monique Joyal-Painchaud;

Gilles Grenier;

André Fréchette.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Friday, May 16, 2008 (morning meeting)

As individuals:

Dr. Réjean Hébert, Dean, Faculty of Medicine and Health Sciences,
University of Sherbrooke.

Dr. Hélène Payette, Professor, Department of Community Health
Sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of
Sherbrooke.

Centre for Research on Aging:

Dr. Stephen Cunnane, Director.

*Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées et
aînés (AEIFA):*

Sylvie Morin, Coordinator.

Agence Continuum Inc.:

Hélène Gravel, Chair.

Friday, May 16, 2008 (afternoon meeting)

Quebec Elders' Council:

William Murray, Research Officer.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le vendredi 16 mai 2008 (séance du matin)

À titre personnel :

Dr Réjean Hébert, doyen, Faculté de médecine et des sciences de
santé, Université de Sherbrooke.

Dr Hélène Payette, professeure, Département de sciences de la san
communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la san
Université de Sherbrooke.

Centre de recherche sur le vieillissement :

Dr Stephen Cunnane, directeur.

*Association estrienne pour l'information et la formation aux aînées
aînés (AEIFA) :*

Sylvie Morin, coordonnatrice.

Agence Continuum Inc. :

Hélène Gravel, présidente.

Le vendredi 16 mai (séance de l'après-midi)

Conseil des aînés du Québec :

William Murray, agent de recherche.

(Suite à la page précédente)



A1
C2
2006
A33



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Monday, June 2, 2008

Issue No. 11

Twenty-first and Twenty-second meetings on:
Special study on aging

WITNESSES:
(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le lundi 2 juin 2008

Fascicule n° 11

Vingt et unième et vingt-deuxième réunions concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON
AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*
and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon
et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

*Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

SAINT-ANNE, MANITOBA, Monday, June 2, 2008
(22)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:02 a.m., in the Salon Marguerite Youville, Villa Youville, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy and Mercer (4).

In attendance: Julie Cool and Karin Phillips, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

Villa Youville:

Jean Balcaen, President.

South Eastman Health:

Aurèle Boisvert, President.

Centre Taché and Foyer Valade:

Charles Gagné, Director General.

Conseil communauté en santé du Manitoba:

Annie Bédard, Executive Director.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc.:

Thérèse Dorge, President;

Gérald Curé, Director General.

As individuals:

Dr. Gérald Gobeil;

Louis Bernardin.

The chair made a statement.

Mr. Balcaen, Mr. Boisvert, Mr. Gagné and Ms. Bédard each made a presentation and answered questions.

At 10:35 a.m., the committee suspended.

At 10:40 a.m., the committee resumed.

The chair made a presentation.

Ms. Dorge, Mr. Curé and Dr. Gobeil each made a presentation and answered questions.

Mr. Bernardin made a presentation.

PROCÈS-VERBAUX

SAINT-ANNE, MANITOBA, le lundi 2 juin 2008
(22)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 2, dans le salon Marguerite Youville de la Villa Youville, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (présidente).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy et Mercer (4).

Également présentes : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Karin Phillips, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude des incidences du vieillissement de la société canadienne. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Villa Youville :

Jean Balcaen, président.

Santé Sud-Est Inc. :

Aurèle Boisvert, président.

Centre Taché et Foyer Valade :

Charles Gagné, directeur général.

Conseil communauté en santé du Manitoba :

Annie Bédard, directrice générale.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc. :

Thérèse Dorge, présidente;

Gérald Curé, directeur général.

À titre personnel :

Dr. Gérald Gobeil;

Louis Bernardin.

La présidente fait une déclaration.

MM. Balcaen, Boisvert et Gagné et Mme Bédard font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 10 h 35, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 40, le comité reprend ses travaux.

La présidente fait une déclaration.

Mme Dorge, M. Curé et le Dr Gobeil font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

M. Bernardin fait un exposé.

At 11:56 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

SAINTE-ANNE, MANITOBA, Monday, June 2, 2008
(23)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1 p.m., in the Salon Marguerite Youville, Villa Youville, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Chaput, Cordy and Mercer (4).

In attendance: Julie Cool and Karin Phillips, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

Health Canada:

Jim Wolfe, Regional Director, Manitoba.

Aboriginal Seniors Resource Centre (Winnipeg):

Thelma Meade, Executive Director.

Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg:

Dennis Sinclair, Program Manager.

Menno Home for the Aged:

Maria Krentz, Acting Administrator.

Steinbach 55 Plus:

Pat Porter, President;

Dianna White, Executive Director.

Club de l'Amitié:

Paulette Sabot, Treasurer.

Rest Haven Nursing Home:

Tannis Nickel, Director, Nursing Services.

South Eastman Health:

Sylvia Nilsson-Barkman, Services to Seniors Program Specialist.

The chair made a statement.

Mr. Wolfe, Mr. Sinclair and Ms. Meade each made a presentation and answered questions.

À 11 h 56, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

SAINTE-ANNE, MANITOBA, le lundi 2 juin 2008
(23)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 heures, dans le salon Marguerite Youville de la Villa Youville, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (présidente).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Chaput, Cordy et Mercer (4).

Également présentes : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Karin Phillips, analystes.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude des incidences du vieillissement de la société canadienne. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n°1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Santé Canada :

Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba.

Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg :

Thelma Meade, directrice générale.

Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg :

Dennis Sinclair, gestionnaire de programme.

Menno Home for the Aged :

Maria Krentz, administratrice intérimaire.

Steinbach 55 Plus :

Pat Porter, présidente;

Dianna White, directrice générale.

Club de l'Amitié :

Paulette Sabot, trésorière.

Rest Haven Nursing Home :

Tannis Nickel, directrice, Services infirmiers.

Santé Sud-Est Inc. :

Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste de programme en services aux aînés.

La présidente fait une déclaration.

MM. Wolfe et Sinclair et Mme Meade font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

At 2:35 p.m., the committee suspended.

At 2:40 p.m., the committee resumed.

Ms. Krentz, Ms. Nickel, Ms. Sabot, Ms. Nilsson-Barkman each made a presentation and answered questions.

At 3:52 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

À 14 h 35, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 40, le comité reprend ses travaux.

Mmes Krentz, Nickel, Sabot et Nilsson-Barkman font chacune une déclaration puis répondent aux questions.

À 15 h 52, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

STE. ANNE, MANITOBA, Monday, June 2, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:02 a.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*Translation*]

The Chair: Honourable senators, ladies and gentlemen, members of the public, I would like to welcome you to this meeting of the Senate Special Committee on Aging.

Our committee is examining and reporting upon the implications of an aging society in Canada. The complex issues surrounding aging have concerned governments for many years. These issues have become all the more urgent as the number of elderly persons has increased, due to longer life expectancy and the aging of the post-war generation. As the programs and services targeting the elderly are essential to their well-being, it is incumbent upon us as parliamentarians to ensure their needs are fully met.

We have come to Ste. Anne to hear from various stakeholders about the implications of an aging society and, more specifically, to hear what they think about our second interim report tabled in the Senate on March 11. The report focuses on active aging, older workers, retirement and income security, healthy aging, aging in the place of one's choice, and the regional distribution of health care expenses associated with aging.

Ste. Anne is the fifth stopover in our Canada-wide tour and we are very much looking forward to hearing from today's witnesses who will, undoubtedly, help us develop a full range of recommendations for our final report.

For this morning's first round table, it is our pleasure to welcome Mr. Jean Balcaen from the Villa Youville; Mr. Aurèle Boisvert from Santé Sud-Est inc., Mr. Charles Gagné from the Centre Taché and Foyer Valade; and Ms. Annie Bédard from the Conseil communauté en santé du Manitoba. Thank you to all of you for having taken the time to meet with us today.

We will start with opening remarks and then move on to committee members' questions.

Jean Balcaen, President, Villa Youville: Madam Chair, as an individual, and on behalf of the organization I represent, I would like to welcome you to the Villa Youville. We are glad that you have chosen Ste. Anne as a meeting place and as a location in which to consult with the Manitoban community. It is quite appropriate, given the topic of today's presentations, that you chose to hold this hearing in a seniors' services centre. We hope you have a pleasant day with us.

TÉMOIGNAGES

SAINTE-ANNE, MANITOBA, le lundi 2 juin 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 9 h 2 pour examiner, afin d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Français*]

La présidente : Honorables sénateurs, messieurs et mesdames les membres du public, je vous souhaite la bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

Notre comité examine les incidences du vieillissement de la société canadienne. Les enjeux complexes du vieillissement préoccupent les gouvernements depuis de nombreuses années. Ils se font cependant plus pressants à mesure que le nombre des personnes âgées augmente du fait d'une plus longue espérance de vie et du vieillissement de la génération d'après-guerre. Comme les programmes et les services publics destinés aux aînés sont essentiels à leur bien-être, il nous incombe en tant que parlementaires, de veiller à l'entière satisfaction de leurs besoins.

Nous sommes venus à Sainte-Anne pour entendre divers intervenants nous parler des incidences du vieillissement de notre société et plus particulièrement nous dire ce qu'ils pensent de notre deuxième rapport provisoire déposé au Sénat le 11 mars dernier. Le rapport met l'accent sur le vieillissement actif, les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu, le vieillissement en santé, le vieillissement à l'endroit de son choix et la distribution régionale des frais de santé liés au vieillissement.

Sainte-Anne est le cinquième arrêt de notre tournée pancanadienne et nous avons hâte d'entendre les témoignages d'aujourd'hui, lesquels vont, j'en suis sûre, nous aider à élaborer un ensemble complet de recommandations pour notre rapport final.

Pour la première table ronde de la matinée, nous avons le plaisir d'accueillir, de la Villa Youville, M. Jean Balcaen; de Santé Sud-Est Inc., M. Aurèle Boisvert; du Centre Taché et Foyer Valade, M. Charles Gagné; et du Conseil communauté en santé du Manitoba, Mme Annie Bédard. Merci à tous d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui.

Nous commencerons par les déclarations préliminaires, pour, ensuite, passer aux questions des membres du comité.

Jean Balcaen, président, Villa Youville : Madame la présidente, en mon nom personnel et au nom de l'organisme que je représente, je tiens à vous souhaiter la bienvenue à la Villa Youville. Nous sommes heureux que vous ayez choisi Sainte-Anne comme point de rencontre et de consultation avec la communauté manitobaine. Votre choix de tenir cette audience dans un centre de services aux aînés est tout indiqué considérant le thème des présentations. Nous vous souhaitons une agréable journée parmi nous.

To begin with, we would like to make a general comment about your committee's second interim report dated March 2008. This important collection of issues and options with respect to the aging population paints an accurate picture of the overall experience of seniors throughout the country. The picture painted by the report is very much in line with what our Manitoban seniors are experiencing. Clearly, the experiences are the same regardless of the province of residence. And that is why we would like to add our voice to your interim report and, in doing so, ratify its content, confirm the importance of the issues outlined therein, and support the proposed amendments that have been brought forward. We hope that the very existence of this text is but a prelude to an ongoing effort to ensure that there is cooperation between all stakeholders concerned by the issues facing Canada's seniors, so that together we ensure that these issues are addressed.

Chapter 5 of your interim report deals with aging in the place of one's choosing. And it is in this spirit that we would like to draw your attention this morning to the need to make Canada's linguistic duality a top priority when it comes to maintaining quality of life among our francophone seniors. In most instances, language is inseparable from the expression of the culture that it underpins. The two together form a whole.

Villa Youville, which came into existence 43 years ago, and of which I am president, has from its very inception looked after the interests of elderly francophones from the southeastern region, in particular, other regions of the province, and of about 20 per cent of francophone seniors from the Winnipeg urban area. Villa Youville was officially designated a francophone organization 15 years ago and has, since then, stood out by offering a whole array of services in both official languages. The fact that the Manitoban government has acknowledged our linguistic competency is but further confirmation of why Villa Youville opened its doors in the first place. Our predecessors recognized how important it is for the villa's clientele to be served in their own language and to live in a familiar environment. It is a recognized and accepted fact that being able to live in the language of one's choosing is an important part of one's quest for quality of life.

Oftentimes, when it comes time to move to a long-term health care institution, there can be a lot of sadness. Often the change of address is associated with isolation, and being plunged into an unknown world where one does not know anybody. For francophones, that often amounts to a complete uprooting, a new village, a new town, a different culture, an unfamiliar language, different religious practices, and so on. The language and cultural baggage associated with the new place of residence are the main contributing factors to a feeling of detachment and a loss of connection with one's original community.

The cultural and linguistic awareness that characterizes residences for francophones helps to offset the tension and stress associated with moving. At the Villa Youville, for example, when a senior arrives, although it is still a stressful experience,

Nous aimerions, dans un premier temps, émettre un commentaire général concernant le deuxième rapport intérimaire de votre comité daté du mois de mars 2008. Cet important recueil d'enjeux et d'options par rapport à la population vieillissante nous brosse un portrait fidèle de la situation des aînés à travers le pays. La réalité décrite dans le document rejoint les expériences vécues par les aînés du Manitoba. De toute évidence, le constat est le même indépendamment de la province de résidence. Nous tenons donc à ajouter notre voix à votre rapport provisoire et, par le fait même, en ratifier le contenu, nous rallier aux identifications des enjeux présentés, et appuyer les propositions de modifications qui y sont avancées. Nous souhaitons que l'existence même de ce document soit le prélude d'un effort soutenu de participation et de collaboration entre tous les intervenants concernés par la condition des aînés au Canada afin que tous ensemble, nous continuions d'être soucieux de mener à bien ce dossier.

Le chapitre 5 de votre rapport provisoire traite de vieillir à l'endroit de son choix. C'est dans ce même esprit que nous aimerions ce matin porter votre attention sur la nécessité de tenir hautement prioritaire la dualité linguistique canadienne en ce qui a trait au maintien de la qualité de vie des aînés de langue française. La plupart du temps, qui parle langue, ne peut pas dissocier de celle-ci l'expression de la culture qui l'accompagne. Les deux forment un tout.

La Villa Youville, dont je suis président, existe depuis 43 ans et se fait un devoir depuis le tout début de s'occuper plus particulièrement des aînés francophones provenant de la région sud-est, des autres régions de la province, ainsi que pour environ 20 p. 100 d'entre eux, de la région urbaine de Winnipeg. Désignée officiellement organisme francophone il y a 15 ans, notre organisation a su se démarquer au fil des années en prodiguant toute sa gamme de services dans les deux langues officielles. Cette reconnaissance de notre compétence linguistique par le gouvernement manitobain ne venait en sorte que confirmer la raison d'être pour laquelle la Villa Youville avait initialement vu le jour. Nos prédécesseurs ont reconnu l'importance, pour la clientèle, d'être servie dans sa langue et de vivre dans un milieu qui lui est familier. Il est reconnu et accepté que de pouvoir fonctionner dans la langue de notre choix est un atout important dans la recherche d'une qualité de vie.

Souvent, quand le temps est venu de déménager dans une institution de santé de longue durée, l'heure est à la tristesse. On associe souvent ce changement d'adresse à de l'isolement, à l'arrivée dans un monde inconnu où l'on ne connaît personne. Pour un francophone, cela représente souvent un déracinement complet, un nouveau village, une nouvelle ville, une culture différente, un langage inhabituel, une pratique religieuse différente, et cetera. La langue et le bagage culturel de la nouvelle résidence contribuent principalement au sentiment de détachement et à la perte de connectivité avec sa communauté d'origine.

La sensibilité culturelle et linguistique que l'on retrouve dans une résidence pour les francophones, va contrebalancer la tension associée au déménagement. À la Villa Youville, par exemple, l'arrivée en institution, bien que stressante, constitue une entrée

it is an opportunity to be part of a new community, and also to reconnect with former acquaintances and friends. When a new client is admitted, frequently he or she reconnects and there are hugs and kisses which are evidence of prior connections. Often people recognize each other as being former neighbours, business associates, second or third cousins or personalities who played a particular role in the Manitoban francophone community. These linguistic and cultural ties are virtually a guarantee that the client will be able to adapt to his or her new environment and integrate into the new community. In many cases, those seniors who previously lived in isolation in their homes reconnect with their community, as it were. They are reunited with people that they knew previously. They have a new social network, and quite quickly, their admission into a long-term care facility plays a role in helping them feel like they are an inherent part of a social network which they thought they had lost forever.

Another important aspect of the phenomenon that I just described is that seniors reconnect with their francophone community through the visitors that come to the facility. These visitors often come from the same areas and fill seniors in on what is going on outside their Villa Youville community. These visitors are in a sense a lifeline to the broader francophone community. Residents find out about common acquaintances, get up to date on who is doing what, and form an opinion on the municipal councils' projects. Overall, it is just as if the seniors were still in their village participating fully in its development and vitality. All that is different essentially is that the seniors are living at a new address.

The new friendships which are built between visitors and residents become just as important as those enjoyed in their prior lives. One only has to think of the friend of a prior acquaintance who invites her sister to visit one of our residents on a weekly basis, who has become a new friend as a result of the visits she pays to her mother in the villa.

In conclusion, language and culture clearly play a key role in an individual's general well-being. It is therefore very important to continue maintaining a level of health care that is respectful of the beneficiary's linguistic and cultural reality. Awareness of the importance of ongoing attention to cultural differences is closely linked to the quality of patient care.

In closing, we would like to thank you for having invited us to participate in this day devoted to sharing ideas and for having listened to our comments on aging. We applaud your undertaking of such an initiative and we congratulate you for your dedication to issues affecting our seniors.

dans une nouvelle communauté, mais aussi des retrouvailles avec de vieilles connaissances. Lors de l'admission d'un nouveau client, il est habituel d'assister à de typiques retrouvailles où les embrassades sont authentiques et les démonstrations de connexions antérieures sont évidentes. Souvent, les gens se reconnaissent comme anciens voisins, associés en affaires, cousins lointains ou encore personnalités ayant assumé un certain rôle dans la communauté francophone manitobaine. Ces liens culturels et linguistiques sont, une quasi-garantie de l'adaptation du client à son nouveau milieu et de son intégration à sa nouvelle communauté. Dans bien des cas, les gens qui vivaient en isolement à la maison retrouvent en quelque sorte leur communauté. Ils sont réunis à nouveau avec ceux et celles qu'ils avaient l'habitude de côtoyer. Ils réintègrent leur réseau de connaissances, et soudainement, leur admission dans une institution de soins longue durée contribue à se sentir comme partie intégrante d'un regroupement qu'ils croyaient avoir perdu à jamais.

Une extension importante de ce phénomène que nous venons de décrire est que la réintégration à leur communauté francophone continue à s'effectuer via les visiteurs de l'institution. Ces derniers qui, pour la plupart, proviennent des mêmes patelins apportent à leur tour la version courante des faits extérieurs à la communauté de la Villa Youville. Les visiteurs de l'extérieur agissent comme ligne de vie avec la grande communauté francophone. On s'informe de nos connaissances communes, on se tient au courant de qui fait quoi, et on se fait juge des projets du conseil municipal. Somme toute, c'est comme si on était toujours là dans notre village en train de participer pleinement à son épanouissement. Tout ce qu'il y a de différent est que nous résidons à une nouvelle adresse.

Les nouvelles amitiés qui sont formées entre visiteurs et résidents deviennent aussi importantes que celles qui existent dans leur vie active. Nous n'avons qu'à penser à l'ami d'une connaissance antérieure qui invite sa sœur à rendre visite hebdomadairement à l'un de nos résidents, son nouvel ami, qu'elle a appris à connaître en venant visiter sa mère à la Villa.

En conclusion, il est évident que la langue et la culture jouent un rôle capital dans le bien-être général d'un individu. Il est donc très important de continuer à maintenir les acquis en matière de soins de santé qui sont respectueux de la réalité linguistique et culturelle du bénéficiaire. Une prise de conscience au niveau de l'importance de la sensibilisation continue aux divergences culturelles est intimement liée à la qualité de l'intervention auprès du client.

En terminant, nous aimerions vous remercier de nous avoir invités à prendre part à cette journée de partage d'idées et d'avoir bien voulu entendre nos propos sur le vieillissement. Nous vous applaudissons d'avoir entrepris une telle initiative et nous vous félicitons pour votre dévouement envers les questions relatives à nos aînés.

Aurèle Boisvert, President, South Eastman Health: Madam Chair, good morning and welcome to Southeastern Manitoba. I am pleased to cover the salient points regarding aging in our region in my capacity as chairman of the board of South Eastman Health/Santé Sud-Est.

[English]

I would like to address three topics, namely, linguistic services, poverty and palliative care pertaining to our elderly.

[Translation]

According to the Public Health Agency of Canada, culture is one of 12 main health determinants. And when we talk about culture, we include language. The quality of health services a patient or a client receives depends a great deal on his ability to communicate in his own language. Communication is and will always be a key factor in an individual's health and community. And this is increasingly important in an aging population, as people tend to return to their mother tongue when they age.

According to research, poor communication between a client and a care provider may, among other things, increase the probability of a patient misunderstanding medical advice or the prescribed treatment and lead to a considerable decrease in the quality of service.

As a regional health office that is designated bilingual, we must provide our clients with services in both official languages, in English and in French. However, the reality is that we often face several challenges in offering the full spectrum of services in both English and French, due, among other things, to budgetary constraints.

At South Eastman Health, we need funds earmarked strictly for bilingualism in order to fulfil our linguistic mandate. It is no longer logical for us to be in competition with ourselves to allocate budgets to offering services in French to the detriment of quality or the quantity of health services that we offer.

In Southeastern Manitoba, if we are already facing difficulty offering services in mandatory languages, how much more difficult will it be to provide services in German, Ukrainian or Spanish, which is the first language for our growing unilingual immigrant population? For this aging unilingual population, it is also important to be able to communicate in their mother tongue in order to ensure follow-up in accordance with health care providers' directives.

[English]

The second issue I would like to bring to your attention relates to aging in poverty. In our region, few subsidized housing initiatives exist whereby a ceiling rent would make housing affordable for an aging population living on a pension.

Aurèle Boisvert, président Santé Sud-Est Inc. : Madame la présidente, bonjour et bienvenue dans la région sud-est du Manitoba. Il me fait plaisir de vous parler des points saillants sur la réalité du vieillissement dans notre région, et ce, en tant que président du conseil d'administration de South Eastman Health/Santé Sud-Est.

[Traduction]

J'aimerais traiter de trois points, soit les services linguistiques, la pauvreté et les soins palliatifs aux personnes âgées.

[Français]

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, la culture est l'un des 12 principaux déterminants de la santé. Et lorsqu'on parle de culture, on inclut la langue. La qualité des services de santé que reçoit un patient ou un client dépend beaucoup de sa capacité de communiquer dans sa langue. La communication est, et sera toujours un facteur clé de la santé des individus et de leur communauté. Et ceci est d'autant plus important chez la population vieillissante, car on a tendance à retourner à notre langue maternelle lorsqu'on vieillit.

Selon des recherches, une mauvaise communication entre un client et un prestataire de soins peut entre autres augmenter la probabilité qu'un patient comprenne mal les conseils médicaux ou le traitement prescrit et entraîner une baisse considérable de la qualité du service.

En tant qu'office régional de la santé désigné bilingue, il nous revient d'offrir à notre clientèle des services dans les deux langues officielles, soit en anglais et en français. Par contre, la réalité est que nous avons plusieurs défis à relever pour offrir toute la gamme de services et en français et en anglais, et ce, dû, entre autres, à des contraintes budgétaires.

À Santé Sud-Est, il nous faut des fonds destinés strictement au fait du bilinguisme afin de pouvoir rencontrer notre mandat linguistique. Il n'est plus logique de devoir être en compétition avec nous-mêmes pour affecter un budget à l'offre active des services en français, et ce, au dépourvu de la qualité ou de la quantité des services de santé que nous offrons.

Dans la région du sud-est du Manitoba, si nous avons déjà des difficultés à offrir des services dans les langues obligatoires, combien plus énorme sera le défi d'offrir un service en allemand, en ukrainien ou en espagnol, qui est langue maternelle de notre population unilingue immigrante croissante? Pour cette population unilingue vieillissante, il est aussi important de pouvoir communiquer dans leur langue maternelle afin d'assurer un suivi conformément aux directives du prestataire de soins.

[Traduction]

Le deuxième point sur lequel j'aimerais attirer votre attention est celui du vieillissement dans la pauvreté. Dans notre région, il y a peu d'initiatives de logements subventionnés avec un plafonnement des loyers qui rendrait le logement abordable à la population vieillissante vivant sur une pension de retraite.

However, where the ceiling for the rent does exist, adding the supportive housing cost to it often prevents our low-income pensioner client accessibility to such a service. With the low vacancy rate, it is even more difficult for our aging population to access affordable housing.

Furthermore, with the increasing costs of building material, contractors are finding it difficult to establish new affordable housing complexes accessible to our low-income pensioners. Because they need to recover the costs of the construction, it boils down to increased rent or sale prices.

It is the elderly who are in a bind as they cannot afford these increased costs for housing and supports. Our seniors already have to keep up with the cost of living on a very minimal pension. How can they keep pace with increased housing and living costs on so little income?

Our aging population deserves to age with dignity and have a quality of life that is affordable and within their means. Our parents and grandparents need to have access to affordable housing; they are more than deserving of it. They are more than entitled to have a place they call home — where they can have a balance at the financial, spiritual, emotional and intellectual level.

My final topic today speaks to palliative care services for the elderly. Though much has been accomplished federally, provincially and in our region, much more needs to be done. Based on a recent study by the Quality End-of-Life Care Coalition of Canada, QELCCC, less than 37 per cent of Canadians who are dying are receiving the type of care they require.

Many individuals who are nearing the end of their lives would prefer to die at home, surrounded by family and friends and supported by palliative care staff. Most individuals die in hospitals and personal care homes. Our challenge is to ensure that our staff are trained and supported to deliver quality end-of-life care.

Furthermore, that national study indicates that there can be wait times for these essential services. This is a serious issue, given that palliative care patients are in their final moments of life and should not have to wait for care.

Finally, we are seeing a significant percentage of dying Canadians never accessing palliative care services. In our region, it is reported that this can be due to fear, stigma and administrative barriers, such as physicians not completing referral forms. With a rapidly aging population and a rise in the number of individuals being diagnosed with advanced illnesses such as cancer, it is vital that all Canadians have access to the program, support and treatment that will provide them with comfort and dignity at end of life.

We need to develop the supports to ensure individuals who are dying have access to adequate end-of-life care whether they are dying at home, in hospital or in a personal care home. Our region includes rural areas, and geography and sparsely populated areas

Toutefois, quand il existe un plafond de loyer, l'ajout des coûts de logement supervisé en interdit souvent l'accès aux retraités à faible revenu. Le peu de places disponibles rend d'ailleurs encore plus difficile l'accès au logement abordable pour notre population vieillissante.

Qui plus est, avec l'augmentation du coût des matériaux de construction, les entrepreneurs ont du mal à implanter des complexes de logements abordables pour nos retraités à faible revenu. Ils doivent en effet rentrer dans leurs frais, si bien qu'il faut augmenter les loyers ou les prix de vente.

Les personnes âgées sont coincées : elles ne peuvent se permettre de payer le prix accru du logement et des services de soutien. Déjà, elles sont confrontées à l'augmentation du coût de la vie avec une pension restreinte. Comment faire face au coût croissant du logement et des dépenses courants avec de si faibles revenus?

Les personnes âgées méritent de vieillir dans la dignité et d'avoir une qualité de vie abordable à la portée de leurs moyens. Nos parents et nos grands-parents doivent avoir accès à un logement abordable; ils l'ont amplement mérité. Ils ont indubitablement le droit d'avoir un véritable chez eux où ils peuvent trouver un équilibre tant financier que spirituel, émotionnel et intellectuel.

Mon dernier point aujourd'hui est les services de soins palliatifs pour les personnes âgées. Beaucoup de progrès ont été accomplis au niveau fédéral, dans les provinces et dans notre région; mais il y a encore beaucoup à faire. D'après une étude récente de la Coalition pour des soins de vie de qualité du Canada, moins de 37 p. 100 des Canadiens qui se meurent reçoivent le type de soins voulus.

Nombreuses sont les personnes qui, à l'approche de la fin, préféreraient mourir chez elles, entourées de leur famille et de leurs amis, avec le soutien d'un personnel de soins palliatifs. Or, la plupart des gens meurent dans des hôpitaux et des foyers de soins personnels. Notre défi est de veiller à ce que notre personnel soit formé et appuyé afin d'assurer des soins de fin de vie de qualité.

Qui plus est, cette étude nationale indique qu'il peut y avoir des listes d'attente pour ces services essentiels. La question est grave, vu que les patients ayant besoin de soins palliatifs en sont aux derniers stades de leur vie et ne devraient pas avoir à attendre.

Enfin, nous constatons qu'une bonne part des Canadiens qui se meurent n'a jamais accès à des soins palliatifs. Dans notre région, il est indiqué que c'est à cause de la peur, de la stigmatisation et des obstacles administratifs, comme, par exemple, des médecins qui ne remplissent pas les formulaires de renvoi. Avec le vieillissement rapide de la population et l'augmentation des personnes chez lesquelles on diagnostique des maladies avancées, comme le cancer, il est essentiel que tous les Canadiens aient accès au programme, au soutien et au traitement qui leur assurera le confort et la dignité à la fin de la vie.

Il nous faut mettre en place les soutiens permettant de garantir aux individus qui se meurent un accès à des soins de fin de vie adéquats, qu'ils s'éteignent chez eux, à l'hôpital ou dans un foyer de soins personnels. Il y a dans notre région des zones rurales,

are an added challenge. Residents must travel for support. It was recently reported to us that some residents decline services, including palliative care radiation, as they cannot afford the gas for their car.

Our regional health authority is committed to achieving wellness and the best possible health partnering with individuals, families and communities. It is in partnership with government also that we can provide Canadians and our residents with the quality health services and quality of life that they need and deserve.

[Translation]

In conclusion, I want to thank you for having taken the time to hear me out this morning.

Charles Gagné, Directeur Général, Centre Taché and Foyer Valade: Madam Chair, I am the Director General of the Centre Taché and Foyer Valade. I apologize, but I did not have an opportunity to prepare a written brief, so I will simply add on to what my two predecessors presented. Moreover, I must not only express my support for the presentations by Mr. Balcaen and Mr. Boisvert, but also say that it is certainly a reality that we are facing in Winnipeg in the type of services that we offer, by that I mean the importance of services for seniors and adapting to the requirements of the aging population in my two facilities. I am going to speak as Director General and share with you our reality, which sometimes keeps us awake at night, as our mandate is to deliver services to people who are very vulnerable.

Foyer Valade and the Centre Taché are two homes with a total of 464 beds. One of the homes is mandated by the province to serve the francophone community; the other home, Centre Taché, with 314 beds, serves the population of Winnipeg by offering bilingual services. So we are mainly serving francophones in Winnipeg.

In both of these facilities, we offer several services, including palliative care, long-term care, chronic care, and we have specialized units for people suffering from dementia or Alzheimer's. In one of our facilities, we also offer services to a population referred to as "young adults" which is essentially a population facing a shortage of long-term care service providers and a lack of other residences within the community that can meet their needs. They are not in our facility because they are seniors; they are there, essentially, because they need care and services.

There are two things and two interrelated aspects, the first being the quality of service, which can inevitably keep a director general awake at night on occasion. And if there is one thing that I would urge you to emphasize in your report — and I have only quickly read through it once — it is this: regardless of where the services are provided, the aging person, today or in the future, will demand an unprecedented quality of services, a quality of services

éloignées géographiquement ou peu peuplées qui constituent un défi supplémentaire. Les résidents doivent se déplacer pour obtenir de l'aide. On nous a récemment rapporté que certains résidents refusent de recevoir des services, y compris un traitement aux rayons palliatif, parce qu'ils ne peuvent se permettre de payer l'essence pour leur voiture.

Notre office régional de la santé s'engage à assurer le bien-être et les meilleurs partenariats possibles dans le domaine de la santé avec des particuliers, des familles et des collectivités. C'est également en partenariat avec le gouvernement que nous pouvons apporter aux Canadiens et à nos résidents les services de soins de santé de qualité et la qualité de vie dont ils ont besoin et qu'ils méritent.

[Français]

Pour terminer, je tiens à vous remercier d'avoir pris le temps de m'entendre ce matin.

Charles Gagné, directeur général, Centre Taché et Foyer Valade : Madame la présidente, je suis directeur général du Centre Taché et du Foyer Valade. Vous allez m'excuser, je n'ai pas eu la chance de préparer un texte écrit, alors je vais simplement compléter ce que mes deux prédécesseurs ont présenté. D'ailleurs, je dois non seulement appuyer la présentation de M. Balcaen et de M. Boisvert, mais c'est certainement une réalité que nous vivons à Winnipeg dans le type de services que nous offrons, soit l'importance des services aux aînés et l'adaptation aux besoins de la population vieillissante de mes deux établissements. Je vais vous parler en tant que directeur général et vous faire part de notre réalité, qui parfois, peut nous garder éveillés la nuit, car notre mandat est de livrer des services à des personnes très vulnérables.

Le Foyer Valade et le Centre Taché sont deux foyers totalisant environ 464 lits. L'un des foyers est mandaté par la province pour desservir la communauté francophone; et l'autre foyer, le Centre Taché, de 314 lits, dessert la population de Winnipeg en offrant des services bilingues. Donc, on dessert principalement les francophones de Winnipeg.

À l'intérieur de ces deux établissements, nous offrons plusieurs services, dont des soins palliatifs, des soins de longue durée, des soins chroniques et nous avons des unités spécialisées pour personnes qui souffrent de démence ou d'Alzheimer. À l'intérieur de l'un de nos établissements, nous offrons aussi des services à une population dite « jeunes adultes », qui est essentiellement une population qui est aux dépens de fournisseurs de services dans des soins de longue durée faute de d'autres résidences à l'intérieur de la communauté pouvant répondre à leurs besoins. Ils ne sont pas dans notre établissement parce qu'ils sont âgés, ils sont là parce que, essentiellement, ils ont besoin de soins et de services.

Ce qui inévitablement garde un directeur général réveillé la nuit parfois, ce sont deux éléments et deux éléments interreliés, le premier étant la qualité des services. Et s'il y a une chose dans le rapport que je vous encouragerais à souligner davantage — et je n'ai fait qu'une première lecture du rapport —, c'est, indépendamment de là où elle reçoit les services, que la personne vieillissante, actuelle ou future, va exiger une qualité

that we have not yet seen. Bear in mind that this is, in fact, the first generation of aging people whom we are institutionalizing in what we call "long-term care facilities." We do not yet know how we will have to adjust to the aging baby boomers. We know full well that what they will be looking for in long-term care and services will be very different from what our parents sought. We must ask ourselves if they will want the same level of services, as the baby boom generation influenced many policies and will continue to influence many policies. I hope that this report was not created simply to meet the needs of baby boomers, because we must bear in mind that it will be another 15 years before baby boomers are recognized as seniors. It is very likely that when the baby boomers hit 75, the definition of seniors will be different.

One aspect that concerns us at present, in addition to the quality of service level, is the shortage of manpower. Manpower has changed significantly in the field of health; we must devote a great deal of time to training, recruitment and retention of these workers. I do not think I am generalizing, but workers who are now in long-term care facilities, especially providing bedside services — and I am referring primarily to the non-professional manpower — are for the most part made up of immigrants who have recently arrived in Canada. In Winnipeg, we sometimes compare workers in homes to those of the textile industry 40 or 50 years ago. In Foyer Valade, as in Centre Taché, we are currently losing what I would call the homogeneous workforce which, 10 to 20 years ago, was mainly francophone, Franco-Manitoban, and well established in the community, and we are now seeing a diversified, multi-ethnic workforce which is not only bilingual, but which increasingly is not working for us simply because we are a bilingual centre, but because they are seeking a stimulating work environment.

So that is the challenge facing all care facilities and even all health service agencies. It will be a growing concern, if national labour force strategies are going to truly attempt to meet the needs of people who, in long-term care facilities, do not have the same media or political appeal as, for example, people requiring surgery for a knee or hip replacement or to correct a heart problem. Remember, an 85-year-old woman who breaks her hip in a home does not have the same appeal, in the health system or for the medical field, as a person who is 55 or 60 years old. But this perception will have to be completely overhauled, as there will be more and more of them. The quality of service and the workforce are two key aspects.

The third comment that I want to make — and in my view, this is not negotiable — is that older people who require services must live in a community that respects them. We must respect the fact that language and culture are of the utmost importance in the

de services sans précédent, une qualité de services qu'on n'a pas encore connue. Sachez que c'est, de fait, la première génération de personnes vieillissantes que nous institutionnalisons dans ce qu'on appelle « des établissements de soins de longue durée ». Nous ne savons pas encore comment nous allons nous adapter au vieillissement des baby-boomers. Et on sait très bien que ce qu'ils rechercheront dans les services de soins de longue durée sera très différent de ce que nos parents recherchaient. On doit se poser la question à savoir s'ils vont vouloir le même niveau de services, car la génération des baby-boomers a influencé beaucoup de politiques et continuera d'influencer beaucoup de politiques. J'espère que ce rapport n'a pas été créé simplement pour répondre aux besoins des baby-boomers, car il faut quand même se rappeler que nous avons encore un autre 15 ans avant que les baby-boomers soient reconnus comme des personnes âgées. Il est fort probable que lorsque les baby-boomers auront 75 ans, la notion de personnes âgées sera définie autrement.

Un des éléments qui nous préoccupe présentement, en plus du niveau de la qualité de services, c'est le manque de main-d'oeuvre. La main-d'oeuvre change énormément dans le domaine de la santé; on doit se préoccuper énormément de la formation, du recrutement et de la rétention de cette main-d'oeuvre. Je ne crois pas généraliser, mais la main-d'oeuvre qui se retrouve maintenant dans les foyers de soins de longue durée, surtout au niveau des prestataires de services à la table de chevet — et je parle surtout de la main-d'oeuvre non professionnelle —, est en grande partie une main-d'oeuvre d'immigrants et d'immigrantes nouvellement arrivés au Canada. À Winnipeg, on compare parfois la main-d'oeuvre des foyers à celle de l'industrie du textile d'il y a 40, 50 ans. Au Foyer Valade, comme au Centre Taché, nous sommes en train de perdre ce que j'appellerais l'homogénéité de notre main-d'oeuvre qui, il y a dix à 20 ans, était primordialement francophone, franco-manitobienne et bien établie dans sa communauté, pour maintenant voir une main-d'oeuvre multiethnique, diversifiée, mais qui est à la fois bilingue, et qui, de plus en plus, n'est pas à notre service simplement parce que nous sommes un centre bilingue, mais parce qu'ils recherchent des milieux de travail stimulants.

Alors, c'est le défi auquel font face tous les foyers et même toutes les agences de services dans le domaine de la santé. Ce sera de plus en plus préoccupant, si les stratégies nationales au niveau de la main-d'oeuvre vont vraiment répondre aux besoins des personnes qui, dans les foyers de soins de longue durée, n'ont pas le même attrait médiatique ou politique que, par exemple, des personnes qui ont besoin des chirurgies pour remplacer leur genou ou leur hanche ou pour corriger leur maladie cardiaque. Sachez qu'une dame de 85 ans qui se casse la hanche dans un foyer n'a pas le même attrait, dans le système de santé ou pour le corps médical, qu'une personne de 55, 60 ans. Alors, il va falloir changer énormément cette perception, car on en verra de plus en plus. La qualité des services et la main-d'oeuvre sont deux éléments clés.

Le troisième commentaire que je veux faire, c'est qu'il faut — et à mon avis, ce n'est pas négociable — que les personnes vieillissantes qui demandent des services vivent dans une communauté où on les respecte. On doit respecter le fait que la

aging process. Take my mother, for example, who was never perfectly bilingual, but who could get by in English; now, she is living in one of my homes and no longer speaks English. So simply being served by a person who cannot communicate in her language adds to her anxiety at an absolutely astounding level — and I have witnessed it — and I had not imagined the repercussions on the quality and services offered and the sense of insecurity that provides an older person.

In addition to culture, an important factor for this community is spirituality. The baby boomer generation will realize that they are not immortal, that all aspects of spirituality, of confessionality, will take on a different dimension; I have no doubt that that will take on importance in the delivery of palliative care and in the organization of services around certain communities, as clients will be looking for certain services related to spirituality and to confessionality, and we will have to invent or develop them in order to adapt to the community as such.

I congratulate you for the report which provides an excellent analysis of the current and future situations. And if I have one last comment to make, it is that if we are not successful in meeting and adapting to the increasingly demanding needs of our aging clientele, we will see that the private sector will accentuate the gap between people who can afford this care and those who cannot. So I think that it is a long-term threat if we do not succeed, as a system, in offering quality service at all levels and to all potential aging clienteles who will be faced with these needs.

Annie Bédard, Executive Director, Conseil communauté en santé du Manitoba: Madam Chair, since my colleagues have clearly illustrated the situation, I will perhaps go back to some aspects concerning official languages.

Madam Chair, first of all, I would like to thank you for having invited the Conseil communauté en santé du Manitoba to present its comments on the report of your committee on aging in Canada. I would like to congratulate you for the quality of the work that you have done on such an important topic. The task that you have undertaken is huge, given the complexity of the situation and the wide range of options available to us.

You will also allow me to point out — I am certain, Madam Chair, that you will share my opinion — that you would find it difficult to find, anywhere else in the country, a better place than Ste. Anne for delving into the issue of aging and services that are tailored to suit this stage in our life, particularly when dealing with francophone community members in a minority situation. The community of Ste. Anne has always been a pioneer in this field. The Villa Youville, where you chose to hold your hearings, is an eloquent example of this; as you can see, the decor is magnificent and there are a variety of adapted housing options with health services close by. And we know that here, in the Villa Youville, the ability to communicate in the client's mother tongue

langue et la culture sont primordiales dans le processus de vieillissement. Prenez ma mère, par exemple, qui n'a jamais été parfaitement bilingue, mais pouvait se débrouiller en anglais; maintenant, elle est résidente dans un de mes foyers et ne parle plus l'anglais. Alors, simplement se faire servir par une personne qui ne peut pas communiquer dans sa langue ajoute à son anxiété, à un niveau qui est absolument surprenant et dont — j'en ai été témoin — je n'avais pas imaginé les répercussions sur la qualité et l'offre des services, et le sentiment d'insécurité que cela apporte à la personne vieillissante.

En plus de la culture, un facteur important de cette communauté est la spiritualité. La génération du baby-boomer va réaliser qu'ils ne sont pas immortels, que tout l'aspect de la spiritualité, de la confessionnalité va prendre une dimension différente; je n'ai pas de doute, que cela prendra de l'importance dans la livraison des soins palliatifs et dans l'organisation de services autour de certaines communautés, car la clientèle va rechercher certains services en rapport à la spiritualité et à la confessionnalité, et il va falloir qu'on l'invente ou qu'on le développe afin de s'adapter à la communauté comme telle.

Je vous félicite pour le rapport, c'est un rapport qui fait une très bonne analyse de la situation actuelle et à venir. Et si j'ai un dernier commentaire à apporter, c'est que si on n'arrive pas à répondre et à s'adapter aux besoins toujours plus exigeants de la clientèle vieillissante, on va constater que le secteur privé accentuera l'écart entre les gens qui peuvent s'offrir ces soins et ceux qui ne peuvent pas se l'offrir. Alors, je crois que c'est une menace à long terme si nous n'arrivons pas, comme système, à offrir un service de qualité à tous les niveaux et à toutes les clientèles vieillissantes potentielles qui feront face à des besoins.

Annie Bédard, directrice générale, Conseil communauté en santé du Manitoba : Madame la présidente, étant donné que mes collègues ont illustré la situation de façon plus concrète, je vais peut-être revenir à des éléments qui touchent les langues officielles.

Madame la présidente, j'aimerais tout d'abord vous remercier d'avoir invité le Conseil communauté en santé du Manitoba à vous présenter nos commentaires sur le rapport de votre comité sur le vieillissement au Canada. J'aimerais vous féliciter pour la qualité du travail que vous avez fait sur un sujet d'aussi grande importance. La tâche que vous avez entreprise est colossale, étant donné la complexité de la situation et le large éventail des options qui s'offrent à nous.

Vous me permettez aussi de vous souligner — je suis certaine, madame la présidente, que vous partagerez mon opinion —, que vous auriez difficilement pu trouver, à travers tout le pays, meilleur endroit que Sainte-Anne pour aborder les questions relatives au vieillissement et aux services les mieux adaptés à cet âge de notre vie et en particulier lorsqu'il s'agit des membres de communautés francophones en situation minoritaire. La communauté de Sainte-Anne a toujours été une pionnière dans ce domaine. La Villa Youville où vous avez choisi de tenir vos audiences est un exemple éloquent; un décor magnifique, comme vous avez pu le voir, des options de logement variées et adaptées, des services de santé à proximité. Et nous savons qu'ici, à la Villa

is an important factor. Essentially, we are a community that has made health services for seniors an integral and vital part of its economy.

I am the director general of the Conseil communauté en santé du Manitoba, the CCS; Mr. Charles Gagné is the president but today he had to put on another hat and so I am filling in as the organization's spokesperson. The Conseil communauté en santé du Manitoba is one of 17 French-speaking health networks located in the provinces and territories where francophones are in a minority situation.

But before I go into greater detail about the organization I represent, I would like to, if I may, go back to a comment that you have already heard regarding your report, namely that it would be opportune for it to acknowledge more explicitly the requirements of official language communities in a minority situation. We have referred to this issue here, but I would nevertheless like to emphasize some points in order to explain why. Of course, some witnesses have said that the report is not sufficiently explicit in detailing the federal government's obligations with respect to official language communities and have suggested that your report should urge the federal government to assume its specific responsibilities to official language minority communities, as you have been invited to do for the First Nations, the Inuit, the veterans and inmates of federal penitentiaries. So today, as I said, I would like to provide you with further explanations as to the why underlining this recommendation, and finally, I would like to make a few suggestions as to how this could be accomplished in concrete terms.

As you know, today our linguistic duality is at the very heart of the Canadian identity. This fundamental characteristic of Canada was enshrined in the first Official Languages Act adopted in 1969 and, later on, in the Charter of Rights and Freedoms of 1982, as well as in the amended Official Languages Act of 1988 and in various Supreme Court rulings interpreting the language rights provided for in the Charter. According to the amended 1988 Act, section 41 states that — and here I am making an aside —:

The Government of Canada is committed to enhancing the vitality of the English and French linguistic minority communities in Canada and supporting and assisting their development; and fostering the full recognition and use of both English and French in Canadian society.

As you also know, an amendment was made to the Official Languages Act adopted in 2005 making this obligation "judicable." This means that cases of non-compliance with this obligation to contribute to the development of official languages minority communities can be the subject of a court challenge. I am not a legal expert, but I have been told that this obligation on the part of the federal government to promote linguistic duality and to support the development of minority official languages communities is quasi-constitutional. On the basis of these legal aspects, the federal government has a specific obligation to ensure that any policies and programs developed

Youville, la capacité de communiquer dans la langue maternelle du client est un facteur important. En somme, une communauté qui a fait, des services de santé aux aînés, une partie intégrante et dynamique de son économie.

Je suis la directrice générale du Conseil communauté en santé du Manitoba, le CCS; M. Charles Gagné est le président, mais aujourd'hui il portait un autre chapeau, alors je suis la porte-parole de l'organisme aujourd'hui. Le Conseil communauté en santé du Manitoba est l'un des 17 réseaux santé en français que l'on retrouve dans les provinces et territoires où les francophones sont minoritaires.

Mais avant de vous présenter plus en détail l'organisme que je représente, vous me permettrez de revenir sur un commentaire que vous avez déjà entendu concernant l'opportunité que votre rapport reconnaisse plus explicitement les besoins des communautés de langues officielles en situation minoritaire. On en a parlé ici, mais j'aimerais quand même souligner des points pour aller un peu plus dans le pourquoi. Bien sûr, il y a plusieurs témoins qui vous ont souligné que le rapport n'est pas assez explicite quant aux obligations du gouvernement fédéral vis-à-vis des communautés de langues officielles et ont suggéré que votre rapport exhorte le gouvernement fédéral à assumer des responsabilités précises vis-à-vis les communautés minoritaires de langues officielles, comme on vous a invité à le faire pour les Premières nations, les Inuits, les anciens combattants et les détenus de pénitenciers fédéraux. Alors aujourd'hui, comme je le disais, j'aimerais vous entretenir plus sur le pourquoi de cette recommandation et, finalement, vous offrir quelques pistes pour assurer qu'elles se traduisent dans les faits.

Comme vous le savez, la dualité linguistique est aujourd'hui au cœur de l'identité canadienne. Cette caractéristique fondamentale du Canada est inscrite dans la première loi sur les langues officielles adoptée en 1969 et, plus tard, dans la Charte des droits et libertés de 1982, ainsi que dans la refonte de la Loi sur les langues officielles de 1988 et divers arrêts de la Cour suprême donnant une interprétation des droits linguistiques prévus dans la Charte. La refonte de la loi de 1988 a statué, à l'article 41 — et là j'ouvre les parenthèses — que :

Le gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne.

Comme vous le savez également, il y a une modification de la Loi sur les langues officielles qui a été adoptée en 2005 et qui rend cette obligation « judiciable ». C'est-à-dire que les cas de non-conformité à cette obligation de contribuer au développement des communautés minoritaires de langues officielles peuvent faire l'objet de recours judiciaire. Je ne suis pas juriste, mais on me dit que cette obligation qui est faite au gouvernement fédéral de promouvoir la dualité linguistique et d'appuyer le développement des communautés de langues officielles en situation minoritaire a un caractère quasi constitutionnel. C'est sur la base de ces éléments juridiques que le gouvernement fédéral a une obligation

with respect to aging bear in mind the realities of francophone communities in minority situations and ensure that these communities have real access to any programs that will be implemented. This fact deserves to be pointed out in your report, as others have mentioned earlier, and this is why we need your support and that of the committee to ensure that this quasi-constitutional obligation is not forgotten.

I can already hear you thinking and saying to yourself that aging often comes under provincial jurisdiction as it pertains to sectors such as health and social services, where the Government of Canada plays a relatively limited direct role. These are sectors where the provinces or territories have the primary responsibility and it is at this point that I would like to now talk to you about the organization I represent: the Conseil communauté en santé du Manitoba. As I said earlier, the CCS is one of 17 networks that belong to the Société santé en français; it was incorporated in 2004 and set up thanks to an initial investment made by Health Canada through Société santé en français. We very quickly received official recognition from the Government of Manitoba as the voice of the francophone community in the health and social services sectors. And today we can say that we are this bridge between the provincial and federal partners and the needs of the francophone community in Manitoba. We have launched and supported many initiatives designed to meet the needs of our seniors, using the lever of federal money which has facilitated the province's long-term commitment in projects that would probably not have been possible without a hand up from the federal government.

To illustrate what I am saying, I will give you an example — with a modest investment of \$60,000 from the federal government, the developers of a community health centre in the rural community of Notre-Dame de Lourdes managed to develop a centre and set up a multidisciplinary team which in turn enabled them to mobilize the community around this project and raise nearly two million dollars, with an additional one million dollars coming from the provincial health department. Today, the population of this rural municipality — and we know that rural communities often find it more difficult to provide services to their aging population — has access to health promotion and disease-prevention programs as well as health care in its language.

I know that I do not need to convince you about the negative impact of language barriers in health service delivery, but if I may, I would like to quote very quickly from a presentation entitled *The Impact of Language Barriers on Health Care*, which was given by Dr. Alexander Green, an associate professor at Harvard Medical School, during the third meeting of Santé en français held in Ottawa in February 2007. One of the research papers he quoted from showed that in the American hispanophone population, nearly half of the respondents from a household where Spanish was the language used at home felt that they had

précise d'assurer que les politiques et programmes qui seront développés en matière de vieillissement tiennent compte des réalités vécues par les communautés francophones en situation minoritaire et que ces communautés aient un accès véritable aux programmes qui seront mis en œuvre. Ce fait mérite d'être souligné dans votre rapport, comme on le soulignait tout à l'heure, et c'est pourquoi nous avons besoin de votre appui et de celui de votre comité pour rappeler cette obligation quasi constitutionnelle.

Je vous entends déjà penser et dire que dans le cas du vieillissement, il s'agira bien souvent de responsabilités provinciales touchant les domaines tels que la santé et les services sociaux, ce sont des domaines où le rôle direct du gouvernement du Canada est assez limité. Les secteurs où ce sont les provinces ou les territoires qui ont la responsabilité première, et c'est à ce point-ci que j'aimerais vous parler de l'organisme que je représente : le Conseil communauté en santé du Manitoba. Comme je le disais plus tôt, le CCS est l'un des 17 réseaux membres de la Société santé en français; il a été incorporé en 2004 et a été mis sur pied grâce à un financement initial de Santé Canada via la Société santé en français. Très rapidement, nous avons reçu une reconnaissance officielle du gouvernement de la province du Manitoba comme porte-parole de la communauté francophone dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Et nous pouvons dire aujourd'hui que nous sommes ce pont entre les partenaires au provincial et au fédéral, et les besoins de la communauté francophone au Manitoba. Nous avons initié et appuyé nombre d'initiatives visant à répondre aux besoins de nos aînés, mettant à contribution le levier d'argent fédéraux qui ont facilité l'engagement à long terme de la province dans des réalisations qui n'auraient probablement pas été possibles sans le coup de pouce de départ du fédéral.

Pour vous illustrer le tout, je vous donnerai un exemple : avec une modeste somme de 60,000 \$ du gouvernement fédéral, les promoteurs de projet d'un centre de santé communautaire dans la communauté rurale de Notre-Dame de Lourdes ont pu développer un centre et mettre sur pied une équipe multidisciplinaire, ce qui leur a permis ensuite de mobiliser la communauté autour de ce projet et de réussir une collecte de fonds de presque deux millions de dollars, complétée par un investissement d'un million de dollars du ministère de la Santé de la province. Aujourd'hui, la population de cette municipalité rurale — et on sait que les communautés rurales ont souvent plus de difficultés à offrir des services à leur population vieillissante — a accès à des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi qu'à des soins de santé dans sa langue.

Je sais que je n'ai pas à vous convaincre de l'impact négatif des barrières linguistiques dans la prestation des services de santé, mais vous me permettez cependant de vous citer rapidement une présentation intitulée *The Impact of Language Barriers on Health Care*, donnée par le Dr Alexander Green, associé à la Harvard Medical School, lors du troisième rendez-vous Santé en français à Ottawa en février 2007. L'une des recherches qu'il citait révélait que dans la population hispanophone américaine, presque la moitié des répondants provenant d'un ménage où l'espagnol est la langue utilisée au foyer estimaient éprouver des problèmes de

difficulty communicating with their doctors. According to another study undertaken by the Wirthlin Worldwide Survey, nearly 20 per cent of the respondents said that they had refrained from seeking medical attention because their doctor did not speak their language, namely Spanish. Such research is important because it sheds light on language barriers and their impact on health services. Namely, people are less likely to seek medical attention, they are less likely to understand the care given, there is an increased risk of medical error, the quality of care provided is reduced, there is a greater likelihood of ethical issues and lower client satisfaction.

These are the primary consequences of linguistic barriers and it is for these reasons that we must ensure that official language communities have access to health care in their language, as we illustrated earlier with my colleagues. This fact is especially relevant for those population categories with precarious health and a command of English that is at times inadequate.

The CCS has just finished its first study on disabled francophones living in Manitoba, which of course includes elderly people with motor disabilities. One of the main conclusions of this study, apart from the fact that any disabled person needs services, is how crucially important access to services in French is for people to feel like full-fledged citizens. In addition to having a motor disability, if a person is also unable to receive treatment in French, this obviously has a huge impact on the quality of life and the health of that person. This leads to additional costs for the government and families.

To conclude this part, we would ask you to include in your report the notion that the Government of Canada is responsible for contributing to the development of minority official language communities. Although health care falls under provincial jurisdiction, it is important for the Government of Canada to take a leadership role in the area of official languages. We believe that the Santé en français networks, which operate in every province and territory, represent a model of cooperation between partners respectful of each other's jurisdictions. In fact, this was recognized in the recent report produced by Mr. Bernard Lord, who also pointed to the success of organizations which network and partner together, such as the Société santé en français. These organizations are a good model to follow.

Our organization has become a forum for discussion amongst all our partners who are interested in improving access to health care services and social services in French within Manitoba's francophone communities. This forum, which was created by the CCS, has helped to implement concrete initiatives, whose outcomes are measurable and which benefit our fellow francophone citizens, without sinking in the quagmire of jurisdictional battles. So instead of deploring the fact that your report does not address the issue of official languages, my intent today was to tell you why I think it is important that official languages be included in your final report, and to suggest how it can be integrated into areas of provincial jurisdiction.

communication avec leur médecin. Selon une autre étude réalisée par le Wirthlin Worldwide Survey, presque 20 p. 100 des répondants disaient s'être abstenus d'avoir recours aux services d'un médecin parce que leur médecin ne parlait pas leur langue, soit l'espagnol. De telles recherches sont importantes parce qu'elles mettent en lumière les principaux impacts des barrières linguistiques sur les soins de santé. C'est-à-dire que les personnes sont moins susceptibles de recourir aux services, elles sont moins susceptibles de comprendre les soins, il y a un risque accru d'erreurs médicales, il y a une moindre qualité des soins, il y a des risques accrus de manquement éthique, et la satisfaction du client est moindre.

Ce sont donc les impacts principaux des barrières linguistiques et c'est pour ces raisons qu'il est important de veiller à ce que les membres des communautés de langues officielles aient accès à des services de santé dans leur langue, comme nous l'avons illustré tout à l'heure avec mes collègues. Ce fait est encore plus vrai dans des catégories de population dont l'état de santé est précaire et dont la maîtrise de l'anglais laisse parfois à désirer.

Le CCS vient de terminer une première étude au Manitoba sur les personnes handicapées francophones, qui inclut bien sûr des personnes vieillissantes ayant des incapacités motrices. Un des principaux constats de cette recherche, outre les services nécessaires pour toute personne ayant une incapacité, est l'importance cruciale de l'accès à des services en français, et ce, afin d'être citoyen, citoyenne, à part entière. En plus de l'incapacité motrice, si on ajoute l'absence de services en français, l'impact sur la qualité de vie et la santé de la personne, cela parle de soi. Ces séquelles résultent en des coûts supplémentaires pour l'État et les familles.

Pour conclure cette section, nous vous demandons d'inscrire dans votre rapport la responsabilité du gouvernement du Canada de contribuer à l'épanouissement des communautés de langues officielles en situation minoritaire. Même si des services comme les services de santé sont d'abord de juridiction provinciale, il est important que le gouvernement du Canada exerce un leadership dans le domaine des langues officielles. Nous estimons que les réseaux Santé en français créés dans chaque province et territoire représentent un modèle de concertation des partenaires dans le respect des juridictions. Ce fait a d'ailleurs été reconnu dans le récent rapport de M. Bernard Lord, qui souligne que les réussites d'organismes de réseautage et de partenariat tels que ceux de la Société santé en français sont des exemples à suivre.

Le CCS du Manitoba est parvenu à devenir le forum de concertation de tous les partenaires intéressés à améliorer l'accès à des services de santé et des services sociaux en français pour les communautés francophones du Manitoba. La concertation mise en place par le CCS permet justement de réaliser des initiatives concrètes, mesurables au bénéfice de nos concitoyens, concitoyennes francophones sans être bloquées par des querelles de juridictions. Plutôt que de déplorer que votre rapport passe sous silence la dimension des langues officielles, j'ai plutôt voulu, ici, vous entretenir du pourquoi il est important que cette dimension figure dans votre rapport final et suggérer comment elle peut être prise en compte dans des domaines dits de responsabilité provinciale.

The Conseil communauté en santé du Manitoba would like to thank the Special Senate Committee on Aging for having invited us to make a presentation today. We believe that the work you are doing is extremely important. I hope that our observations will be useful to you, and we hope and believe that the changes we have proposed will be taken into account.

The Chair: Thank you very much, Ms. Bédard.

[English]

Let me begin by explaining that this committee has, in fact, ended up going to more unusual destinations than where senate committees normally go. You will find that frequently senate committees hit the big spots such as Montreal and Toronto, and we chose not to go to either.

When I started to look at Manitoba as a site, Ste. Anne immediately came to mind. It certainly was supported by Senator Chaput. However, I think I actually put it on the list before she even decided. It was for the very reason that we heard today. I thought it was very important to hear from a francophone community, outside the province of Quebec, in that community, and that is why we are here in Ste. Anne.

I would like to ask you, Mr. Gagné, about a program at Centre Taché, which I always thought was a very special program and which you did not speak about today. A lot of our emphasis has been not just on those needing care but on the caregiver. I would like you to mention briefly the day hospital and the burden, I think, that that lifts from many caregivers who are lucky enough to be able to access for their loved one that particular unit of Taché Centre.

Mr. Gagné: We are only starting to discover how to go about linking institutional care with community care. At one point in the health system, we created a bit of a silo approach to what is in the community and what is in the institutions.

The adult day centre at Centre Taché, which is the largest in the province, serves approximately 300 elderly. It runs eight programs over five days; we run three evening programs geared toward people who live at homes or in their communities or in their residences and want to have one outing a week. They come to Centre Taché where they are provided with a good quality meal, some activity, exercise and social interaction. The program tends to do extremely well in keeping people autonomous.

Every morning when I walk to work, especially at minus 40 in January, I notice these fragile 80- or 85-year-old individuals coming off a vital transit bus with their walkers going to this adult day centre, and I realize how much we give them a reason to wake up in the morning. It is important because one of the aspects of aging is not having anything to get up for in the morning. At some point, the elderly need to have that reason, and the adult day centre provides that.

Le Conseil communauté en santé du Manitoba remercie le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de l'invitation à présenter aujourd'hui une allocution. Nous croyons que le travail que vous avez entrepris est d'une extrême importance. J'espère que ces commentaires vous seront utiles et nous avons, je pense, bon espoir que les modifications que nous proposons seront bien entendues.

La présidente : Merci beaucoup, madame Bédard.

[Traduction]

Pour commencer, permettez-moi d'expliquer que notre comité a, en fait, choisi de se rendre dans des destinations inhabituelles pour un comité du Sénat. En effet, les comités du Sénat se rendent souvent dans de grandes villes, comme Montréal et Toronto, pas nous.

Quand j'ai commencé à envisager une visite au Manitoba, Sainte-Anne s'est tout de suite imposée. Le sénateur Chaput était bien sûr en faveur du choix, mais je crois que j'ai mis Sainte-Anne sur la liste avant même sa décision, pour la raison qu'on a avancée aujourd'hui : j'estimais très important d'entendre ce qu'avait à dire une collectivité francophone hors de la province de Québec. D'où notre présence aujourd'hui à Sainte-Anne.

Je voudrais vous demander, monsieur Gagné, de nous parler d'un programme au Centre Taché que vous n'avez pas abordé aujourd'hui, mais que j'ai toujours considéré comme unique. Il correspond à l'accent que nous mettons non seulement sur les soins nécessaires mais sur les aidants. J'aimerais que vous parliez brièvement de l'hôpital de jour et du fardeau dont il soulage de nombreux aidants, ceux qui ont la chance de pouvoir assurer à leurs proches les services du Centre Taché.

M. Gagné : Nous commençons juste à explorer comment lier les soins en institution avec les soins dans la collectivité. Pour l'instant, le système de soins de santé fonctionne un peu séparément, la collectivité d'un côté et les institutions de l'autre.

Le centre de soins de jour pour adultes du Centre Taché, le plus important dans la province, dessert environ 300 personnes âgées. Il offre huit programmes sur cinq jours; nous organisons trois programmes du soir visant les personnes qui vivent chez elles, dans leur collectivité ou dans leur résidence et qui veulent sortir une fois par semaine. Elles viennent au Centre Taché, où on leur sert un bon repas et où il y a des activités, des exercices et des rencontres. Le programme aide beaucoup les gens à maintenir leur autonomie.

Chaque matin, quand je me rends au travail à pied, surtout si nous sommes en janvier et qu'il fait moins 40, je suis frappé par la vue de ces personnes frêles, de 80 ou 85 ans, qui descendent d'un autobus de transport en commun — essentiel — avec leur marchette pour se rendre à ce centre de soins de jour pour adultes et je mesure combien il est important de leur donner une bonne raison de se lever le matin. C'est important, parce que l'une des caractéristiques du vieillissement est de ne pas avoir de raison de se lever le matin. Il faut donner aux personnes âgées une raison de sortir du lit le matin et c'est ce que fait le centre de jour de soins pour adultes.

I am sorry to be emotional about it, but an area we sometimes fail at, I think, with long-term care is that we sometimes remove that reason for the elderly to even get up in the morning because of the institutional environment we are in, even within the homes we house them. We need to get much better around that. That is where the whole dimension of spiritual care comes in. Spiritual care, in the widest sense of the word, is how I apply it.

I want to mention the importance of respite. A part of respite is to provide the caregiver needed rest in order to give them further encouragement on caring for their loved ones. When people have to send their loved ones into a long-term care home, sometimes we wonder if it is harder on the person we are receiving in the home or the person left behind. In most cases, it is probably harder on the one left behind in terms of their ability to continue to live with that individual. This is where I think a place such as the Youville Centre is an extraordinary example. If we could replicate that elsewhere, it would be of extreme value to our system in terms of that continuity of care and that aging-in-place thinking; that would help.

Senator Mercer: You all touched on a theme that we have heard in many places across the country, particularly in places with linguistic minorities such as in Moncton, New Brunswick. We heard about it in Moncton and also in Sherbrooke, Quebec. It is an issue of the availability of medical professionals, doctors and nurses, who work in the French language and the training of those people. I am interested to know about the training of the doctors and nurses in the francophone community in Manitoba.

We have heard, for example the difficulty they have, in New Brunswick because up until recently no training has been available in Atlantic Canada for doctors in French. However, now through the University of Moncton, in cooperation with the University of Sherbrooke, they are in their second year of medical school at the University of Moncton. Therefore, they are addressing the issue.

It is a real problem that we are not educating enough people in the medical field, but it gets even more magnified when we look at the linguistic minorities in certain parts of the country. Perhaps someone can address that issue and tell me, what is happening in Manitoba and what is happening in the Franco-Manitoban community?

Mr. Boisvert: I teach at St. Boniface University College, which is the French sector of the University of Manitoba.

We have established an agreement with the University of Ottawa and the University of Sherbrooke to be able to send some of our students to those universities so that they can study medicine in French. This is, I think, a very good step in the right direction.

However, we should have more vacancies for those students for two reasons. First, when someone studies to become a doctor, they might decide to specialize. Fifty per cent of them do, I believe. Therefore, that means that maybe they will not come back to their community because of that specialty. Second, when we send our students to Ottawa and Sherbrooke, they are

Excusez mon émotion, mais j'ai le sentiment que nous avons échoué dans le domaine des soins de longue durée, car nous éliminons parfois cette raison de se lever le matin pour les personnes âgées institutionnalisées, même dans nos foyers. Il y a de grands progrès à accomplir dans ce domaine. C'est là qu'entrent en jeu les soins spirituels. J'entends le terme dans son acception la plus large.

Je voudrais parler également de l'importance du répit. Assurer un répit aux aidants, c'est les encourager à continuer à s'occuper des personnes qui leur tiennent à cœur. Quand les gens doivent envoyer leurs proches dans des foyers de soins de longue durée, nous leur demandons qui souffre le plus : la personne accueillie dans le foyer ou celle qui reste seule qui doit apprendre à vivre seule? C'est pourquoi un endroit comme le Centre Youville est un exemple extraordinaire. Il serait bon de s'en inspirer ailleurs, notre système en serait considérablement amélioré en termes de continuité des soins et de possibilité de vieillir dans l'endroit de son choix.

Le sénateur Mercer : Vous avez tous mentionné un thème qu'on a évoqué dans de nombreux endroits au pays, notamment dans ceux où vivent des minorités linguistiques, comme Moncton, au Nouveau-Brunswick. On nous l'a mentionné à Moncton, ainsi qu'à Sherbrooke, au Québec. C'est le thème de la disponibilité des professionnels de la santé, médecins et infirmières, qui travaillent en français, ainsi que de leur formation. Je suis intéressé par la question de la formation des médecins et des infirmières de la collectivité francophone au Manitoba.

Nous avons entendu parler des difficultés auxquelles ces professionnels se heurtent au Nouveau-Brunswick parce que, jusqu'à tout récemment, aucune formation en français n'était offerte aux médecins du Canada atlantique. Toutefois, il y a maintenant des étudiants en deuxième année de médecine à l'Université de Moncton, grâce à une coopération entre cette université de Moncton et celle de Sherbrooke. Ils se sont donc attaqués au problème.

La vraie difficulté est que nous ne formons pas assez de gens en médecine; mais elle est décuplée quand on se penche sur le cas des minorités linguistiques dans certaines régions du pays. Peut-être quelqu'un pourrait-il aborder la question et me dire ce qui se passe au Manitoba, pour la communauté franco-manitobaine?

M. Boisvert : J'enseigne au Collège universitaire de Saint-Boniface, secteur français de l'Université du Manitoba.

Nous avons conclu une entente avec l'Université d'Ottawa et l'Université de Sherbrooke, afin de pouvoir y envoyer ceux de nos étudiants qui souhaitent étudier la médecine en français. C'est, selon moi, un pas dans la bonne direction.

Toutefois, il faudrait plus de places pour ces étudiants et ce, pour deux raisons. Premièrement, quand une personne étudie pour devenir médecin, il est possible qu'elle décide de se spécialiser, ce qui est le cas, je crois, dans 50 p. 100 des cas. Il est donc possible qu'elle ne rentre pas dans sa propre collectivité, à cause de sa spécialité. Deuxièmement, quand nous envoyons nos

generally 21 or 22 years of age. If they find a partner who lives out there, there is no guarantee that they will come back; we have to be very careful. If they do, well, so much the better because maybe they will bring back another doctor or physician, but that is usually not the case. Therefore, we need to have more opportunities to send more of our students to those universities.

The University of Manitoba should have a quota to guarantee that we have bilingual physicians coming out of that school also. I think that should be one of their criteria. Certainly, competency and academic performance are very important criteria, but there are maybe 500, 600, 700 people applying to go into medicine. I was talking with a professor who was on the committee that chooses the students; he said that when they get down to about 200 students and they only take 100, they could take any one of those 200 and they would be good physicians. Therefore, maybe we should look more seriously at having some of our students who are bilingual having access; that should become a criterion. It is very important.

I know here in Saint-Anne, all of our physicians are francophones. We are so blessed with that; it is incredible. However, they could use another three doctors here. They have always insisted on recruiting francophone doctors or bilingual doctors, and their challenge is enormous.

Ms. Bédard: The challenge is also important with nurses too. We now have the opportunity to have the nursing program at the St. Boniface University College, but this program was installed recently. Again, it is about training enough nurses to fill the demand that we have with the different establishments and also regional health authorities, RHAs. Therefore, that is still a challenge.

Also, timing is a huge challenge. For example, when the program finishes and nurses look for jobs, sometimes there is a gap in timing between when those people are looking for jobs and when the establishment and the RHAs can hire them. We talk about creating a fund for those organizations and establishments so that they are able to hire when those students are available in the workforce. If they do not have jobs right away, they will go somewhere else; they will go to another establishment, and then we sometimes lose the nurses that we are training to be bilingual professionals.

Senator Mercer: Has a closer examination has been done of the University of Moncton program where the students are at the University of Sherbrooke but are studying at Moncton? I appreciate the relationship with the University of Ottawa as well. Has there been any study of perhaps trying to adapt the Moncton model to fit the St. Boniface University College?

Mr. Gagne: There may have been some willingness to study the model, but there is a particular challenge in Manitoba, to the extent that we already have a faculty of medicine. This was not the case in New Brunswick, which facilitated some of the inter-relationship between the University of Moncton and the University of Sherbrooke. Therefore, we always have to ensure

étudiants à Ottawa et à Sherbrooke, ils ont généralement 21 ou 22 ans. S'ils trouvent un partenaire qui habite là-bas, rien ne garantit qu'ils reviendront; il faut donc être très prudent. S'ils reviennent, tant mieux, parce qu'ils reviennent peut-être avec un autre médecin; mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. C'est pourquoi il nous faut plus d'occasions d'envoyer un plus grand nombre de nos étudiants dans ces universités.

L'Université du Manitoba devrait avoir un contingentement pour la formation de médecins bilingues. Ce devrait être, à mon avis, l'un des critères. La compétence et les résultats universitaires sont, bien sûr, des critères importants, mais il y a 500, 600, 700 personnes qui demandent à suivre des études de médecine. Un professeur membre du comité de sélection de ces candidats m'a dit qu'une fois le choix réduit à 200 candidats possibles, tous étaient en fait susceptibles de faire d'excellents médecins et qu'ils n'en retiennent que 100. Cela m'amène à penser que l'on pourrait envisager de garantir l'accès à certains de nos étudiants bilingues; cela pourrait devenir un critère, car c'est très important.

Je sais qu'ici, à Sainte-Anne, tous nos médecins sont francophones — une chance incroyable. N'empêche que nous pourrions avoir trois médecins de plus ici. L'idée est de recruter uniquement des médecins francophones ou bilingues, ce qui constitue un énorme défi.

Mme Bédard : Le défi est de taille pour les infirmières aussi. Nous avons maintenant la chance d'avoir un programme en études infirmières au Collège universitaire de Saint-Boniface, mais il n'existe que depuis peu de temps. Là encore, il s'agit de former assez d'infirmières pour répondre à la demande de différents établissements ainsi que des offices de santé régionaux. Le défi demeure.

Il est aussi difficile d'agir au bon moment. Par exemple, lorsque le programme arrive à son terme et que les infirmières cherchent des emplois, il s'écoule parfois beaucoup de temps entre le début de la recherche d'emploi et le moment où les établissements et les offices régionaux de la santé peuvent embaucher ces infirmières. Nous proposons la création d'un fonds pour ces organisations et établissements afin qu'ils puissent embaucher les infirmières étudiantes dès qu'elles sont disponibles à travailler. Si elles ne trouvent pas immédiatement d'emploi, elles iront ailleurs. Elles iront dans un autre établissement et nous perdons parfois ainsi bon nombre d'infirmières qui ont été formées pour devenir des professionnelles bilingues.

Le sénateur Mercer : A-t-on examiné de plus près le programme de l'Université de Moncton, où les étudiants à l'Université de Sherbrooke sont inscrits à Moncton? J'aime bien aussi la relation avec l'Université d'Ottawa. A-t-on songé à adapter le modèle de Moncton au Collège universitaire de Saint-Boniface?

M. Gagné : Certains seraient peut-être prêts à étudier le modèle, mais il y a une difficulté particulière au Manitoba : nous avons déjà une faculté de médecine. Ce n'est pas le cas au Nouveau-Brunswick et l'établissement de liens avec l'Université de Sherbrooke en a été facilité. Il faut donc toujours s'assurer que nous sommes en partenariat non seulement avec

that we not only partner with the University of Manitoba, but ensure that they are always on side from a community perspective, or even from a training facility perspective. My work also leads me to St. Boniface General Hospital, which is a teaching facility and is also affiliated with the University of Manitoba.

I think we have seen over the last four or five years, with the promotion of the Consortium national de formation en santé, the CNFS — sorry, I cannot translate that — much more openness at the university level to look at trans-provincial cooperation around how we train. Fortunately, universities are not of the silo mentality as much as they may have been in the past, in protecting their territory. The Sherbrooke-Moncton model has often been used as a case in point around how that can work. The relationship St. Boniface University College has with the University of Ottawa has a lot of potential to develop more opportunities for our francophones to learn, teach and study in French, while at the same time continue to not make it that University of Manitoba does not have an obligation to train people who will stay in Manitoba and ensure that within those training programs, that they do recognize a need for bilingual physicians. I would make the same case for the need for Aboriginal physicians. They do have that responsibility, I would argue, as well.

The Chair: This year they had 24,000 applications at McMaster University for their medical school. They had 14,000 at the University of Ottawa. It makes you realize that perhaps we should not only be establishing more francophone centres but also more medical schools.

[Translation]

Senator Chaput: I would like to begin by thanking all four witnesses. As a member of Manitoba's francophone community, and in my capacity as a senator who represents this community's tradition in Ottawa, it is always a pleasure for me to hear what you have to say, it makes me even prouder, and it makes my job even more enjoyable in the Senate. So thank you to the four of you.

I have a general question and it is not directed at any witness in particular. In the course of your presentations, you rightly spoke to the importance of cultural and linguistic awareness, of spirituality, and, increasingly, of the right for a person to choose to die at home. But certain services would have to be available for that to happen. For example, Mr. Gagné, you talked about day centres in urban areas. Is there a day centre here which provides this type of care for seniors, or something to that effect? I remember that at one point we were talking about the well-being of seniors. Is this in fact the reality? There is a centre here for francophones living in this region.

Mr. Balcaen: Yes, there is a day centre for seniors. About 75 to 80 people are using it at the moment. I know this is a very important service, because my neighbour, who is 95, uses it. And I have occasionally driven her there or picked her up from the centre and she has told me about everything that went on during the day in great detail. She has also told me how happy she

l'Université du Manitoba, mais aussi avec la communauté, et avec les établissements de formation. Je vais aussi parfois travailler à l'hôpital général de Saint-Boniface, une institution d'enseignement aussi affiliée à l'Université du Manitoba.

Au cours des quatre ou cinq dernières années, avec la promotion du Consortium national de formation en santé, je crois que nous avons vu davantage d'ouverture au niveau universitaire pour envisager une coopération transprovinciale en matière de formation. Fort heureusement, les universités n'ont plus autant leur vieille mentalité d'isolement et ont moins tendance à protéger leur territoire. Le modèle Sherbrooke-Moncton est souvent cité comme exemple à cet égard. La relation du Collège universitaire de Saint-Boniface avec l'Université d'Ottawa pourrait donner lieu à davantage de possibilités d'apprentissage, d'enseignement et d'études en français pour nos francophones, sans pour autant dégager l'Université du Manitoba de son obligation de former des professionnels qui resteront au Manitoba et de s'assurer que ses programmes de formation reconnaissent le besoin en médecins bilingues. J'en dirais autant pour les médecins autochtones. Je dirais qu'ils en ont la responsabilité.

La présidente : Cette année, l'école de médecine de l'Université McMaster a reçu 24 000 demandes d'admission. Pour l'Université d'Ottawa, c'était 14 000. Cela doit faire comprendre qu'il faut non seulement créer davantage de centres francophones, mais aussi plus d'écoles de médecine.

[Français]

Le sénateur Chaput : J'aimerais tout d'abord commencer par vous remercier tous les quatre. Comme membre de la communauté francophone du Manitoba et sénateur représentant par tradition cette communauté à Ottawa, cela me fait toujours très plaisir d'écouter vos présentations, cela ajoute à ma fierté et rend mon travail encore plus facile au Sénat. Je vous remercie tous les quatre.

Ma question sera d'ordre général et quiconque veut y répondre sera le bienvenu. Lors de vos présentations, vous avez parlé, avec raison, de l'importance de la sensibilité culturelle et linguistique, de la spiritualité et, de plus en plus, le choix pour la personne aînée de mourir chez elle. Alors, afin de permettre ce choix à la personne âgée de mourir chez elle, il y a certains services qui le préconisent. À titre d'exemple, monsieur Gagné, vous avez parlé de ce qui s'appelle en anglais day center, pour les centres urbains. Est-ce qu'il y a un centre ici qui offre ce genre de soins de jour pour les aînés, ou un principe semblable? Je me souviens qu'il a été question du bien-être des aînés. Est-ce une réalité? Il y a un centre ici pour les francophones de la région.

M. Balcaen : Oui, il y a un service de garde de jour pour les personnes âgées. On a près 75 à 80 participants en ce moment. Je sais que c'est très important parce que ma voisine, qui a 95 ans, en bénéficie. Et j'ai eu l'occasion de la conduire ou venir la chercher, après la garde de jour, pour l'entendre parler de ce qui s'était passé pendant toute la journée, du plus petit menu détail et puis

was to get out of the house a little. She is 95 years old, she is very lucid and very physically active. I think one of the reasons for this is probably the day centre at Villa Youville.

Senator Chaput: Do you have a transportation service similar to the one at the Centre Taché, or do people who come to the centre have to find a ride themselves, from someone they know or from a volunteer?

Mr. Balcaen: There are drivers available who get their mileage paid to drive these individuals to the centre and pick them up afterwards.

Senator Chaput: My second question is about home care. I did not hear any comment about home care and its importance for seniors in helping them stay in their homes as long as possible. Could I have some comments on home care?

Mr. Boisvert: In our region, people who need home care are never turned down. Home care is very important in our region for reasons of compassion and respect, and dignity for people. It is also very important for very practical reasons, because, proportionally speaking, we have the lowest number of acute care beds in the province. We have fewer than two beds per 1,000 people in the region for acute care. Our objective is to keep people in our region at home as long as possible. In other words, that means keeping them out of hospital and out of our long-term care institutions. I think we have a very good home care program. That does not mean that we could not improve it, and in some cases older people will want to die at home. People providing home care services must get more training in palliative care. One of our challenges is to provide our team with this type of training.

Ms. Bédard: With respect to home care, which is your recommendation 60, I think, I would like to suggest a national program. I think this is extremely important. However, I would add that the training of bilingual people is also important as well as the whole issue of trust. When people come to our homes to provide home care, trust is obviously a very important feature. That is why it is so important to have services in French, services that meet the needs of these people for ethical reasons, but also to reduce the likelihood of misunderstanding when people are given instructions regarding their care.

Mr. Gagné: I support the points that have been mentioned. Your chapter on housing in your report is very good. However, at some point there will have to be some balance struck. Clearly, people can be kept in their homes if the government is prepared to cover the cost of home care. All the residents in our facility could stay at home with the right resources. It is just that from an economic point of view, this may not be the right solution in all cases.

de comment elle était contente d'être sortie de chez elle. Elle a 95 ans, elle est très lucide, très active physiquement et je pense qu'une des raisons c'est probablement le service de garde de jour à la Villa Youville.

Le sénateur Chaput : Est-ce que vous avez, ici, un moyen de déplacement semblable à celui du Centre Taché ou est-ce que la personne qui veut venir doit trouver elle-même son conducteur ou son bénévole?

M. Balcaen : Il existe des chauffeurs qui sont rémunérés pour le kilométrage pour conduire ces personnes-là et venir les chercher après.

Le sénateur Chaput : Ma deuxième question concerne les soins à domicile. Je n'ai pas entendu de commentaire à l'égard des soins à domicile et de l'importance de ces soins-là pour que la personne aînée, encore une fois, demeure le plus longtemps chez elle. Est-ce que je pourrais avoir des commentaires sur ces soins à domicile?

M. Boisvert : Dans notre région, quelqu'un qui a besoin des soins à domicile n'est jamais refusé. Les soins à domicile sont extrêmement importants pour nous dans notre région pour des raisons de compassion et de respect, de dignité pour la personne et aussi pour des raisons très pratiques, parce que nous avons le nombre de lits à soins aigus le plus bas dans la province au point de vue de proportion. Nous avons moins de deux lits par 1 000 personnes dans notre région pour les soins aigus. Notre but est donc de toujours garder les gens de notre région chez eux le plus longtemps possible ou, d'une autre façon, de dire de les garder hors de nos hôpitaux et hors de nos institutions à soins à longue durée. Nous avons, je pense, un très bon programme de soins à domicile. Cela ne veut pas dire qu'on ne pourrait pas l'améliorer et que peut-être il arrive un moment où que ceux qui vieillissent vont vouloir mourir chez eux. Les personnes qui donnent ces soins doivent recevoir plus de formation sur les soins palliatifs. La question de la formation de notre équipe envers ces soins est certainement un des défis que nous avons.

Mme Bédard : Je voudrais ajouter, concernant les soins à domicile, soit votre recommandation n° 60, je crois, et vous suggérez un programme national. Je pense que c'est extrêmement important. Mais j'ajouterais à cela la formation de personnes ressources bilingues et aussi toute l'importance de l'aspect de confiance. Lorsqu'on reçoit des gens chez nous pour des soins à domicile, l'élément de confiance est très important, d'où l'importance d'offrir des services en français, des services adaptés à la réalité de ces gens-là, pour réduire des erreurs d'éthique, mais aussi des erreurs de compréhension lorsqu'on donne des directions pour les soins à la personne.

M. Gagné : J'appuie les points qui ont été soulevés. Votre section sur le logement, dans votre rapport, est très bien. Cependant, à un moment donné il va falloir qu'on se donne un certain équilibre. Il n'y a pas de doute qu'on peut garder des personnes à domicile si l'État est prêt à financer les soins à domicile. Tous les résidents, chez moi, avec les bonnes ressources, peuvent rester à la maison. C'est juste qu'économiquement, peut-être, ce n'est pas toujours le bon modèle.

Manitoba wants to establish something between home care and long-term care facilities. They would be called residences for semi-independent individuals or supportive housing. However, we think there will be a lot of problems with this idea. Even though we do see it as having a great deal of potential, people are aware of home care and they want it as a right. Those who are less aware of home care services may go into long-term care facilities prematurely. There could be middle ground, while people are still in the community, which would be known as supportive housing.

In our opinion, one of the problems is that there is not necessarily any coordination. One of the key points in your report is that it is difficult for the system to incorporate all these services and there is some fear on the part of this system about making older people aware of all the service options available to them. I am often surprised to find out from the people I deal with that they are not familiar with the services available to the aging population. Our health care providers are reluctant to provide this information because they are afraid that the demand for certain services will exceed the supply.

The baby boomer generation will cause us to provide more transparency in health care services than we have ever seen. They will be informed, they will be aware and they will make certain demands. The government will have to find the right economic balance so as to provide the best services to the community. I am not sure that doing more in all areas will allow us to meet needs better. The objective is to better coordinate the services we have, so that people can make choices and can be aware of the choices available to them at various stages of their life.

Senator Chaput: And where should this coordination come from, in your opinion, Mr. Gagné? Ultimately, we do need some coordination somewhere for all these services.

Mr. Gagné: First of all, this is of course a matter that comes under provincial jurisdiction and the so-called regional authorities are very much involved. The coordination could be done at that level. Nevertheless, the federal government has a huge role to play not only as regards equalization and tax incentives, but also in setting minimum national standards for services. For example, in Manitoba, there are standards for long-term care and for home care that are very different from those in place in New Brunswick. Do we want to see something in the system at the national level? There are tremendous disparities regarding various services. Or, do we want some standardization so as to influence provinces in their planning with the federal government as to how to coordinate all of this? In my opinion, this is no different from the major debate we had on health care regarding performance indicators and the establishment of health information institutions. I believe this is part of the same negotiations that will have to happen at some point regarding the service standards that elderly people deserve.

Au Manitoba, on a remarqué qu'on veut créer tout un secteur entre celui des soins à domicile et le secteur de soins de longue durée, ce qu'on appelle des résidences pour personnes semi-autonomes. Par contre, on y voit beaucoup de difficultés. Même si on voit beaucoup de potentiel à développer ce secteur, on voit que la communauté ou les citoyens sont sensibilisés aux services à domicile et en font un droit. Et ceux qui sont moins sensibilisés aux services de soins à domicile vont peut-être rentrer dans le secteur de soins de longue durée prématurément. Il y aurait probablement un intermédiaire, à l'intérieur de leur stage de communauté, aux résidences pour personnes semi-autonomes — ce qu'on appellerait, en anglais, « supportive housing ».

Une des difficultés qu'on voit, c'est qu'il n'y a pas nécessairement de coordination. Un des éléments clés dans votre rapport, c'est la difficulté du système à intégrer tous ces services et une certaine peur errante dans le système de sensibiliser les personnes vieillissantes à leur gamme de services. Je suis souvent surpris d'apprendre que des gens avec qui je dois faire affaire ne connaissent pas les services qui sont disponibles à la personne vieillissante et comment nos fournisseurs de services de santé hésitent à sensibiliser cette clientèle par peur d'avoir une demande qui va surpasser la capacité d'y répondre.

Sachez que la communauté ou la clientèle des baby-boomers va nous amener vers une ère de transparence dans les services de santé qu'on n'a jamais connue. Alors par la force des choses, ils vont être sensibilisés, ils vont être informés et ils vont l'exiger, et l'État aura à trouver le bon équilibre économique pour que tout tombe en place afin de mieux desservir la communauté. Je ne suis pas certain si le fait d'en faire plus dans tout fera en sorte de mieux répondre aux besoins. Il faut de mieux coordonner tout ce qui existe et la gamme de ces services, de sorte que l'individu ait des choix et soit conscient de ses choix aux différentes étapes de la vie.

Le sénateur Chaput : Et cette coordination, monsieur Gagné, vous la voyez à quel niveau? Parce que, finalement, on a besoin d'une certaine coordination quelque part pour tous ces services.

M. Gagné : Dans un premier temps, c'est évidemment de juridiction provinciale et au niveau des juridictions, les autorités régionales ou soi-disant régionales, et c'est là où la coordination pourrait se faire. N'empêche, le fédéral a un énorme rôle à jouer non seulement par votre section au niveau de la péréquation et tous les incitatifs au niveau d'impôt, mais une des choses qu'il va falloir qu'on établisse, ce sont des normes beaucoup plus nationales en termes d'un minimum de services. Par exemple, au Manitoba, on a des normes sur les soins de longue durée et les soins à domicile qui sont très différentes de celles du Nouveau-Brunswick. Est-ce quelque chose dans le système au niveau national que l'on veut voir? C'est essentiellement des disparités assez énormes quant aux différents services; ou, est-ce qu'on veut voir une certaine standardisation qui pourrait amener à ensuite influencer les provinces dans leur planification avec le fédéral sur comment on arrive à coordonner cela? Ce n'est pas différent, à mon avis, du grand débat qu'on a eu dans la santé sur les indicateurs de performance et la création des institutions

[English]

Mr. Boisvert: With respect to home care, the perception of the client receiving home care, and it is probably correct, is that it is a free service. When people are admitted to a personal care home, PCH, it is relatively a free service. They do have to pay a percentage of their revenue to stay there. Therefore, we have one extreme with home care and another with the PCH or the hospital, the free service. However, in between home care and the personal care home and the hospital, we have a situation where there is supportive housing and assisted living, which is not free, it is actually very expensive for the elderly.

This creates a problem. There is a monetary incentive to go directly from home care to a PCH, rather than to go into supportive housing or assisted living, where supportive housing and assisted living is much better quality care for some. That has to be addressed because we cannot expect someone who is paying affordable housing rental of, for example, \$400 a month, to go into supportive housing or assisted living knowing that if they go into the nursing home, they probably will not pay any more than their rent. However, if they go into supportive housing, they have to pay \$1,000, \$1,500, \$2,000 a month. They can not afford it. It is a big challenge.

The Chair: Those of you sitting at the table know that at one point, my emphasis was on provincial politics, and I remember when home care first began. I remember that home care was only for the elderly, not for post-surgical care and not to speed people out of the acute care hospital situation. It was, in fact, just for those that were nearing the end of their lives. Now, we have this whole switch that has happened. If one looks at the real dollars, there are fewer dollars left in home care for the elderly than there was in its original inception. The acute care hospitals have found this a very attractive proposition. They can cut down a surgical stay from five days to two days because that person can now get home care. That means the budget line has been pushed off to another department, if you will, and those acute care beds can open up, which are good things.

We, as a committee, have been looking at opening up the Canada Health Act and making the Canada Health Act, thereby requiring federal dollars, not just for hospitals and for physician coverage, but also for home care.

I would like to hear your reaction to that possibility?

Mr. Boisvert: I would totally support that move. Home care is probably what will totally sustain our health care in Canada. I cannot see how we can continue with the costs in health care. To me one of the answers is home care, because that is quite a good deal, as you mentioned. I think it makes our system much more efficient. It addresses what patients want, they want to go back home. I would really support that.

d'information. C'est cette même négociation, je pense, qu'on aura à faire à un moment donné par rapport aux standards de services que méritent les personnes vieillissantes.

[Traduction]

M. Boisvert : Au sujet des soins à domicile, le client qui reçoit les soins — et c'est probablement vrai — croit que ce service est gratuit. Quand les gens sont admis dans un foyer de soins personnels, c'est un service relativement gratuit. Les résidents doivent verser un pourcentage de leur revenu pour y rester. Il y a donc un extrême, avec les soins à domicile, et une autre, pour les foyers de soins personnels et les hôpitaux, où les soins sont gratuits. Toutefois, entre les soins à domicile, le foyer de soins personnels ou l'hôpital, il y a aussi les logements supervisés et les logements avec assistance, qui ne sont pas gratuits, et qui sont même très onéreux pour les personnes âgées.

Il y a donc un problème. Financièrement, il est avantageux de passer directement des soins à domicile à un foyer de soins personnels, plutôt que de passer par le logement supervisé ou avec assistance, où l'on donne toutefois des soins de bien meilleure qualité, dans certains cas. Il faut se pencher sur ce problème. On ne peut pas s'attendre à ce que quelqu'un qui paie un loyer de logement à prix abordable, par exemple, 400 \$ par mois, déménage dans un logement supervisé ou avec assistance, sachant que dans un CHSLD, il ne paierait pas plus que son loyer. Or, pour un logement supervisé, il lui faudrait payer 1 000 \$, 1 500 \$ ou 2 000 \$ par mois. C'est trop cher. C'est un grand problème.

La présidente : Vous qui êtes à la table sachez qu'à une certaine époque, je m'occupais de politiques provinciales et je me souviens quand on a lancé les soins à domicile. Je me souviens que les soins à domicile étaient seulement pour les personnes âgées et non pour le rétablissement postopératoire ou pour accélérer la sortie de l'hôpital de quelqu'un qui reçoit des soins de courte durée. En fait, c'était uniquement destiné aux personnes qui étaient en fin de vie. La situation est maintenant complètement renversée. En dollars réels, il reste maintenant moins d'argent pour les soins à domicile des personnes âgées que lorsque le programme a été lancé. Les hôpitaux de soins de courte durée y ont vu quelque chose de très intéressant. L'hospitalisation postopératoire pouvait passer de cinq jours à deux jours, grâce aux soins à domicile. Les frais sont donc assumés par un autre service, si l'on peut dire, et on peut ouvrir des lits de soins de courte durée, ce qui est certes positif.

Notre comité a songé à modifier la Loi canadienne sur la santé pour qu'elle s'applique non seulement aux hôpitaux et aux médecins, mais aussi aux soins à domicile, ce qui veut dire l'argent pourrait venir du gouvernement fédéral.

Que pensez-vous de cette proposition?

M. Boisvert : Je l'appuie tout à fait. Les soins à domicile seront probablement ce qui assurera la durabilité des soins de santé au Canada. Je ne vois pas comment les choses peuvent continuer au rythme actuel, compte tenu des coûts de la santé. Pour moi, les soins à domicile sont l'une des solutions, puisque comme vous l'avez dit, c'est une bonne affaire. Je pense que notre système est ainsi plus efficient. Cela répond aussi aux souhaits des patients qui veulent rentrer chez eux. Je suis tout à fait pour.

Mr. Gagné: I would support that. However, we have to ensure that those who are caring for their own and not needing home care are also rewarded through some type of tax incentive so that we have some fairness in the system.

I also think that as we subsidize services, there will come a time when we have to entertain limited choices in terms of what options individuals do have. That is how we will get some level of coordination and some more fairness in the system. I know of situations where some people get many more resources in home care than others, and it is just a question of who is more insistent on phoning the minister or not phoning the minister.

The Chair: The other issue that is a concern to the committee is that, as we have traversed the country, it is very clear that there is tremendous inequality in what is delivered from one province to another and, therefore, inequality for Canadians.

I just got a BlackBerry message this morning to say that my Winnipeg assistant is in fact leaving for Calgary where his mother is in a personal care home. He would much rather have his mother in Winnipeg in a personal care home, but there are all kinds of obstacles in the way of that happening. He happens to be an only child, with no other relatives. However, we do not have portability for that whole issue of home care, long-term care, whatever, and that is one of the reasons I think your committee is looking favourably at opening up the basket of services that this so-called Canada Health Act presently covers.

Senator Cordy: I would like to go back to the issue of labour shortages, because certainly when you look at the health care system overall — and I am including seniors in the health care system — there is a shortage. When you look at health care workers and workers dealing with seniors in our other official language, it is compounded.

I used to be on the Standing Senate Committee on National Security and Defence, and we heard from francophone families who would be transferred; one of the spouses would be transferred to a small community in Canada. They had a very difficult time to find a family doctor in the language of their choice. I like the way that you tied language and culture together. I have not, but it just makes common sense because it is more than just the language; it is also the cultural aspect of it.

We have talked a lot about doctors, particularly, and the need for more doctors. It is not only doctors who care for seniors but also paraprofessionals and personal health care workers.

What about these services for francophones? I am talking about Manitoba because we are looking at smaller communities — and that is why we did not go to Montreal. What about these health care workers dealing with seniors? Someone made mention that a lot of the service workers are in fact immigrants who have the language but not necessarily the culture. I wonder if you could expand on that.

Mr. Gagné: We are seeing a change in the demographics of our labour force, especially at the non-professional level, at least from my experience. We are making in-roads in terms of

M. Gagné : J'appuie aussi cette idée. Il faut toutefois s'assurer que ceux qui prennent soin d'eux-mêmes et qui ne recourent pas aux soins à domicile, soient aussi indemnisés fiscalement, afin que le système soit juste.

Je pense aussi qu'en subventionnant des services, il faudra à un moment donné limiter les choix possibles pour les patients. Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra coordonner le système et en assurer l'équité. Je connais des situations où des résidents ont droit à bien plus de ressources en soins à domicile que d'autres. Pour eux, il a suffi d'insister davantage, ou de communiquer avec le ministre.

La présidente : Le comité a une autre préoccupation. Nous avons constaté dans nos déplacements au pays qu'il est très clair que de graves inégalités existent entre les provinces et, par conséquent, entre les Canadiens.

J'ai reçu ce matin sur mon BlackBerry un message : mon adjoint de Winnipeg part pour Calgary, où sa mère est dans un foyer de soins personnels. Il préférerait que sa mère soit dans un foyer semblable à Winnipeg, mais il y a toutes sortes d'obstacles. Il est enfant unique, sans autres proches. Pour les soins à domicile, les soins à long terme et le reste, il n'y a pas de transférabilité. C'est l'une des raisons pour lesquelles notre comité envisage d'élargir la gamme de services actuellement couverts par la Loi canadienne sur la santé.

Le sénateur Cordy : J'aimerais revenir à la question de la pénurie de main-d'œuvre, car il faut certainement voir le système de soins de santé dans son ensemble. On y constate une pénurie, et je pense en particulier aux soins de santé pour les personnes âgées. Et si en plus on pense aux soins de santé pour personnes âgées en français, le problème n'est que plus grand.

Quand j'étais membre du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, des familles francophones faisant l'objet de transfert nous ont parlé. L'un des conjoints était transféré dans une petite collectivité ailleurs au pays. Il était alors très difficile de trouver un médecin de famille qui parle la langue officielle de leur choix. J'aime bien que vous ayez fait le lien entre la langue et la culture. Je n'y avais pas encore songé, mais c'est tout à fait sensé puisqu'il n'y a pas que la langue, il y a aussi les aspects culturels.

Nous avons beaucoup parlé des médecins et, en particulier, du besoin d'un plus grand nombre de médecins. Mais il n'y a pas que les médecins qui prennent soin des personnes âgées il y a aussi les auxiliaires et les travailleurs de la santé.

Qu'en est-il des services pour les francophones? Je m'intéresse au Manitoba et c'est la raison pour laquelle nous allons dans les petites collectivités et pas à Montréal. Qu'en est-il des travailleurs de la santé qui s'occupent des personnes âgées? Quelqu'un a dit que beaucoup de ces auxiliaires étaient des immigrants qui parlent la langue, mais qui n'ont pas nécessairement la culture. Pourriez-vous nous expliquer ce qu'il en est.

M. Gagné : Nous constatons une évolution démographique de notre main-d'œuvre, surtout chez les non professionnels. C'est du moins ce que j'ai constaté. Nous faisons des progrès pour la

training professionals, even though we had a bit of a late start in Manitoba, with the advent of nursing programs at St. Boniface University College. A young graduate nurse would have a challenge working in a long-term care facility due to the inexperience that that person would bring, as the ratio is just simply not the same.

Even though nursing is a particular challenge, we find the current system has changed significantly with respect to certified health care workers, who, in our case, are now predominantly recent arrivals. The demand for those workers is huge. There is mobility for those workers. The training is not extensive; people can get certified and start working within a six-month period, depending on the school.

In our case, the Franco-Manitoban Society, which is our provincial association, has been lobbying both provincial and federal governments to increase our franco-immigration in Manitoba, and many of these people have chosen the health care field within which to work.

The challenge is that we are not equipped at the local level to do the intercultural integration that is required, and we sometimes lose that labour force due to the hot economy.

For example, my case in point is a recent hire who, three months into the job, figured he could make more money doing stuccoing for a construction company. We lost a health care worker to the construction industry simply because the demand was there, and they were willing to train and teach. That does become a bit of a challenge when the economy is very hot — the way it is now — in terms of employees. However, at the local level, and within each province, we have to become much better at the intercultural aspect. How do we ensure that new arrivals, new Canadians, have a sense of community and a sense of belonging and that their employment or career is within that community and not just a transient point. That will be key to our success.

It is a bit unfair. I think sometimes our elderly are vulnerable by virtue of the fact that there is a bit of a revolving door.

I was maybe a bit cynical in my comments when I said that it was a bit of a textile industry of the 1960s. It sometimes feels that way. We have people working for us who have significant language barriers, both in English and in French. Thankfully, the nurses and the nursing complement coordinate the units in the way that it works for the sake of our residents, but we do get increasingly more complaints from our residents in terms of the staff's ability to understand other languages.

That is new to us. It is not new in the larger centres, such as Montreal and Toronto, but it is definitely new to Winnipeg. It is probably coming into more rural communities because we cannot necessarily replace the existing workforce with people who were born and raised in that community; the numbers are not there.

formation des professionnels, même s'il nous a fallu du temps pour nous y mettre au Manitoba, avec la création du programme de soins infirmiers du Collège universitaire de Saint-Boniface. Une infirmière diplômée aurait du mal à travailler dans un établissement de soins de longue durée à cause de son inexpérience, le rapport patient-bénéficiaire n'étant tout simplement pas le même.

Même si la question des soins infirmiers est particulièrement problématique, nous constatons de grands changements actuellement pour les travailleurs de la santé accrédités qui, chez nous, sont surtout de nouveaux arrivants. La demande pour ces travailleurs est énorme. Il y a aussi beaucoup de mobilité pour eux. La formation n'est pas coûteuse, les gens peuvent être accrédités et commencer à travailler dans les six mois, selon l'école.

Ici, notre association provinciale, la Société franco-manitobaine, a fait des démarches auprès des gouvernements provincial et fédéral pour augmenter l'immigration francophone au Manitoba et bon nombre des nouveaux arrivants ont choisi de travailler dans le domaine des soins de santé.

Le problème, c'est qu'au niveau local, nous ne pouvons pas faire l'intégration interculturelle nécessaire et nous perdons aussi parfois de la main-d'œuvre, à cause du dynamisme économique.

J'ai un bon exemple : quelqu'un avait été embauché et après trois mois en poste a compris qu'il pourrait faire plus d'argent en appliquant du revêtement de stuc pour une entreprise de construction. Nous avons donc perdu un travailleur de la santé, parce qu'il y avait une demande dans le secteur de la construction où l'on était prêt à donner la formation. Quand l'économie est très dynamique, comme c'est le cas maintenant, il est plus difficile de garder nos employés. Au niveau local toutefois et dans chaque province, il faut faire plus d'efforts au chapitre de l'intégration interculturelle. Nous devons nous assurer que les nouveaux arrivants, les nouveaux Canadiens, aient un sens d'appartenance à la communauté et perçoivent leur emploi, leur carrière, comme faisant partie de la communauté et non comme une étape vers autre chose. Ce sera la clé de notre succès.

C'est un peu injuste. J'ai parfois l'impression que nos personnes âgées sont vulnérables à cause du roulement des travailleurs.

J'ai peut-être été un peu cynique en faisant allusion au secteur du textile des années 1960. Mais c'est parfois l'impression que j'ai. Nous avons parmi notre effectif des gens qui ont de graves problèmes linguistiques tant en anglais qu'en français. Heureusement, les infirmières et leur équipe coordonnent les unités de manière à ce que ce soit efficace pour nos résidents, mais il reste que nous recevons de plus en plus de plaintes de la part des résidents au sujet des difficultés linguistiques du personnel.

C'est nouveau. Ce ne l'est pas, toutefois, pour les grands centres urbains comme Montréal et Toronto. C'est certainement nouveau à Winnipeg. On le verra probablement bientôt aussi dans les collectivités rurales parce qu'on ne peut pas toujours remplacer la main-d'œuvre existante par des travailleurs qui sont nés et qui ont grandi dans la collectivité. Il n'y a tout simplement pas suffisamment de monde.

Senator Cordy: This will be a challenge for us in future with health care in terms of servicing in languages other than our official languages.

It is a shame that child care workers and people working with seniors are paid at such low salaries that people are in and out of the jobs more frequently because they can get paid more money working in other fields.

I am sure that Manitoba is no different than other regions. I am from Nova Scotia, and the waiting times for seniors to get into seniors' housing are very long. Would that be true here as well?

Mr. Boisvert: It certainly is quite true. We have a long waiting list for the personal care homes, I believe. Therefore, people obtain their home care much longer, which certainly is a stress on the home-care process.

We have realized that if we can train our staff at the health care aid level, and even the licensed practical nurse, LPN, level, locally, many of them will stay in the region — and I know I am competing with Mr. Gagne here because he is from the urban area. However, it is quite a challenge to attract people to the rural areas. Therefore, we need to offer the course locally, within our region, for most of them to stay in our region. That will be one way of addressing some of the training.

Senator Cordy: I grew up in Cape Breton, Nova Scotia. I asked the CEO of the health care board how he recruits and retrain. He said, "Well, when the doctors come for their residency to a rural area, we give them a great social life so that they will meet someone from the area and stick around." I think one of you made reference to that earlier also.

I am interested in the bilingual services, and one of you mentioned that you need funds specifically for bilingual services because it comes at a cost. A few of you also mentioned that health care is a provincial responsibility, but bilingualism is a federal policy. Therefore, how do we ensure that we get bilingual services?

Ms. Bédard, I think you made reference to the federal government having to play a leadership role when it comes to official languages. How do we ensure that the federal government, in fact, takes up on that responsibility because it is law in Canada?

Ms. Bédard: As I was mentioning before, there is the model of the Société santé en français with its entire network across Canada, and Health Canada who is there and can support those networking organizations working with the province. I do not know if you had a chance to see the plans of the Société santé en français, but the idea is to work with the province and our partners, such as the Southeast RHA here or with Mr. Gagné as well at Centre Taché or Foyer Valade, to find some strategy provincially to ensure that bilingual services are offered. The federal money is essential in terms of the development of francophone communities all across Canada. It is almost a

Le sénateur Cordy : Ce sera certainement un problème pour nous à l'avenir, dans les soins de santé, si l'on veut aussi offrir des services dans d'autres langues que les non officielles.

Il est navrant que les travailleuses en garderie et ceux qui travaillent auprès des personnes âgées soient si mal payés. Il y a beaucoup de roulement parce que ces travailleurs peuvent être mieux rémunérés dans d'autres secteurs.

Je suis convaincue que le Manitoba vit la même chose que d'autres régions. Je suis de la Nouvelle-Écosse et les listes d'attente d'admission en résidence pour personnes âgées sont très longues. Est-ce pareil ici?

M. Boisvert : Très certainement. Nous avons de longues listes d'attente pour les foyers de soins personnels. Les gens se prévalent donc plus longtemps des soins à domicile, ce qui cause des pressions pour les services de soins à domicile.

Nous avons constaté que si nous pouvons donner localement la formation en soins de santé, que ce soit pour des auxiliaires ou des infirmiers ou infirmières auxiliaires, beaucoup resteront dans la région. Je suis en concurrence avec M. Gagné puisqu'il est de la région urbaine. Il est bien difficile d'attirer du personnel dans les régions rurales. Il faut donc offrir des cours localement, dans la région, pour retenir les étudiants. C'est une des façons de combler les besoins en formation.

Le sénateur Cordy : J'ai grandi au Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse. J'ai demandé au PDG de l'office régional de la santé comment il recrutait du personnel et comment il le gardait. Il m'a répondu : « Quand les médecins viennent faire leur résidence dans une région rurale, nous nous assurons qu'ils aient une vie sociale excitante, de manière qu'ils trouvent ici une personne à aimer, et qu'ils restent. » Je pense que l'un de vous a fait référence plus tôt à une tactique semblable.

Je m'intéresse aux services bilingues. L'un de vous a dit qu'il fallait des fonds pour les services bilingues, parce qu'ils ont un prix. Certains d'entre vous ont mentionné que les soins de santé sont de compétence provinciale alors que le bilinguisme est de compétence fédérale. Comment veiller à ce qu'il y ait des services bilingues?

Madame Bédard, vous avez dit que le gouvernement fédéral devait jouer un rôle de leadership en matière de langues officielles. Comment nous assurer que le gouvernement fédéral s'acquitte de cette responsabilité, garantie par loi au Canada?

Mme Bédard : Comme je l'ai déjà dit, il y a le modèle de Société santé en français dont le réseau s'étend partout au Canada. Santé Canada peut aussi appuyer les réseaux, en collaboration avec la province. Je ne sais pas si vous avez vu les programmes de Société santé en français, mais l'objectif est de travailler en collaboration avec la province et nos partenaires, comme l'office régional de la santé du sud-est, ici, ou avec M. Gagné, au Centre Taché ou au Foyer Valade, afin d'élaborer une stratégie provinciale d'offre de services bilingues. L'argent du fédéral est essentiel pour les développements des collectivités francophones partout au Canada. C'est presque une question

constitutional aspect. Therefore, with the organizations that are networking with the province and other establishments offering the services, I think this type of networking is facilitating the ability to offer French services.

[Translation]

Senator Chaput: Ms. Bédard, did some of the money that you got for networking come from the Action Plan for Official Languages, which has not been renewed?

Ms. Bédard: No.

[English]

Senator Chaput: We talk about the official languages plan in the Senate.

Ms. Bédard: That is what I was mentioning before. In the report that Bernard Lord gave to the Government of Canada, he underlined this networking, how efficient it was and all the results, but now train has stopped. We do not know when the national action plan will be approved; we heard it will be approved soon. However, health and social services is a huge system, and building those partnerships takes a long time. Therefore, now, with not having a national action plan, it has really stopped the train in a sense, and it will take time to start again and reactivate the train.

It is a part of the national action plan and the federal money that was put in the action plan. It was only phase one, and now we are waiting to go to the next phase to ensure that there is some implantation of services.

The Chair: As we know, the Official Languages Commissioner was very critical last week in terms of his report of the failure to act.

I have a significant hearing deficit, which makes it difficult for me to understand people who have accents of any type. Is this a complicating issue? From my perspective, they may speak English very well, but I do not necessarily understand them because of the accent that they have. I can only assume that the same would be true of those who come from West Africa, for example. They may speak French fluently, but they will speak it with a different accent than perhaps your clients, Mr. Gagné, can deal with.

Mr. Gagne: Yes, it goes both ways; both in terms of the residents or some of our new immigrants not speaking the same dialect or the same type of French. With our residents not necessarily being familiar with that, us giving instructions or work orders or managing the work environment, and with the new immigrants having to understanding the cultural differences in how we do things, it is often a risk for them to carry it out in a safe manner.

constitutionnelle. Je pense que le réseautage au sein de la province, entre tous les établissements qui offrent ces services, peut faciliter l'offre de services en français.

[Français]

Le sénateur Chaput : Madame Bédard, est-ce que l'argent que vous obtenez pour le réseautage provenait en partie du Plan d'action sur les langues officielles qui n'a pas encore été renouvelé?

Mme Bédard : Non.

[Traduction]

Le sénateur Chaput : Nous parlons du plan des langues officielles au Sénat.

Mme Bédard : C'est ce que je disais tout à l'heure. Dans le rapport qu'il a remis au gouvernement du Canada, Bernard Lord insistait sur l'importance de ce réseautage, sur son efficacité et sur tous les résultats qui en découlent, mais le train est maintenant arrêté. Nous ne savons pas quand le plan d'action national sera approuvé; on entend dire que ce sera bientôt. Cependant, les soins de santé et les services sociaux constituent un énorme système, et il faut beaucoup de temps pour établir ces partenariats. Par conséquent, parce qu'il n'y a pas de plan d'action national, le train s'est vraiment arrêté d'une certaine façon, et il faudra du temps pour le remettre en branle.

Cela fait partie du plan d'action national et des fonds fédéraux qui y ont été affectés. Ce n'était que la phase 1, et nous attendons maintenant de passer à la phase suivante pour nous assurer que certains des services seront mis en œuvre.

La présidente : Comme nous le savons, le commissaire aux langues officielles a sévèrement critiqué dans son rapport la semaine dernière l'inaction dans ce dossier.

J'ai un déficit d'ouïe considérable, qui fait en sorte que j'ai du mal à comprendre quiconque parle avec un accent. S'agit-il là d'un facteur qui complique les choses? Pour ma part, même si la personne parle très bien anglais, je ne la comprendrai pas nécessairement à cause de son accent. Je ne peux que supposer qu'il en serait de même pour ceux qui viennent d'Afrique occidentale, par exemple. Il se peut qu'ils parlent couramment français, mais ils le parlent avec un accent différent qui peut faire en sorte que vos clients, monsieur Gagné, aient du mal à les comprendre.

M. Gagne : Oui, cela vaut dans les deux sens, tant pour les résidents que pour certains de nos nouveaux immigrants qui ne parlent peut-être par le même dialecte ou le même type de français. Nos résidents n'ont pas nécessairement l'habitude de cet accent, et, d'un autre côté, nous devons donner des consignes à nos employés et gérer le milieu de travail; dans le cas des nouveaux immigrants, ils ont du mal à comprendre les différences culturelles dans notre façon de faire les choses, et il y a souvent le risque qu'ils ne fassent pas les choses d'une manière sécuritaire.

I find it unfortunate, especially in long-term care, and I do know we do spend a lot of money training professionals. No private business could survive with the limited amount of dollars that we spend on staff development within our own facilities, whether it be language training, intercultural, or even client service type of approaches. We spend very little money because it is just not available.

When I talk about quality of service, the expectation of the client is in fact that they will be able to communicate clearly and understand what is happening. It is in those areas that the expectations of the client need to be paid attention to; sometimes we pay more attention to the system than what the client is looking for.

Mr. Boisvert: As we all know, our health care dollars are very limited. We can always do so much more. For the regional health authority, it is quite a challenge to place the health care dollar in competition with bilingual services. I think there is a fundamental problem there, and health is certainly a provincial responsibility. When it comes to language, there is a lot of federal responsibility, and I really believe that, within those regions that are bilingual, financing should be coming from the federal government to the regions to implement these extra costs. I applaud what has happened. The decision has been taken that this institution, for instance, is labelled as French, it is fantastic. It really speaks loudly about quality of service. However, we cannot always be told that the cost for that is in our budget. There is just too much competition in the region for all types of services, and it makes for a very unfortunate situation when we do that.

[Translation]

The Chair: Honourable senators, we will now hear from our second round table. It is our pleasure to welcome Thérèse Dorge and Gérald Curé from the Fédération des aînés franco-manitobains, and, appearing as an individual, Dr. Gérald Gobeil. I would like to thank all of you for taking the time to come to meet with us today. We will start with the opening statements, and then move into the question and answer period.

Thérèse Dorge, President, Fédération des aînés franco-manitobains Inc.: Madam Chair, I am the President of the Fédération des aînés franco-manitobains, FAFM. We work with a group of some 1,600 seniors throughout Manitoba. Our organization has been in place for about 30 years. In the last three or four years, there has been an increase in our membership, and I think that one of the reasons for that is because of the programs we can provide. We are a federation and an official mouthpiece representing the interests and demands of francophones aged 55 and over. With our partners, we work to improve the quality of life of our members and help facilitate the introduction of services in French. One of the objectives of the federation is the development of the francophone community in Manitoba.

Je trouve cela malheureux, surtout dans le domaine des soins à long terme, et je sais que nous consacrons beaucoup d'argent à former des professionnels. Aucune entreprise privée ne pourrait survivre avec le peu d'argent que nous consacrons au perfectionnement professionnel dans nos centres, qu'il s'agisse de formation linguistique, interculturelle ou même de la façon d'aborder le service au client. Nous consacrons très peu d'argent à cela parce que nous n'en avons tout simplement pas.

Quand je parle de qualité de service, les clients s'attendent en fait à pouvoir communiquer clairement et à comprendre ce qui se passe. C'est dans cette optique qu'il faut prêter attention aux attentes et aux besoins des clients. Parfois, nous accordons plus d'attention au système qu'à ce que recherchent les clients.

M. Boisvert : Comme nous le savons tous, nos budgets de santé sont très limités. Nous pourrions toujours faire beaucoup plus. Pour l'office régional de la santé, c'est un défi énorme que de devoir choisir entre l'argent consacré aux soins de santé et les fonds destinés aux services bilingues. Je pense qu'il y a là un problème fondamental, et la santé relève sans aucun doute de la compétence provinciale. S'agissant de la langue, c'est là en grande partie une responsabilité fédérale, et je suis persuadé que, dans les régions bilingues, il devrait y avoir des fonds fédéraux pour couvrir les coûts supplémentaires que doivent engager les régions. J'applaudis à ce qui a été fait. C'est formidable qu'on ait décidé, par exemple, de désigner cet établissement comme un établissement de langue française. Cela en dit long sur la qualité du service. Cependant, les coûts qui en découlent ne peuvent pas toujours être imputés à notre budget. Il y a tout simplement trop de concurrence dans la région pour tous les types de services, et il est vraiment malheureux que nous soyons obligés d'assumer ces coûts.

[Français]

La présidente : Honorables sénateurs, passons maintenant à notre deuxième table ronde. Nous avons le plaisir d'accueillir, de la Fédération des aînés franco-manitobains, Mme Thérèse Dorge et M. Gérald Curé et, à titre personnel, le Dr Gérald Gobeil. Merci à tous d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui. Nous commencerons par des déclarations préliminaires, pour ensuite passer aux questions des membres du comité.

Thérèse Dorge, présidente, la Fédération des aînés franco-manitobains Inc. : Madame la présidente, je suis présidente de la Fédération des aînés franco-manitobains, le FAFM. Nous travaillons avec un groupe d'à peu près 1 600 aînés à travers le Manitoba. Notre organisme existe depuis environ 30 ans. Depuis les trois ou quatre dernières années, nous avons eu un surcroît de membres et je crois qu'une des raisons, c'est le programme qu'on peut leur donner. Nous sommes une fédération et un organisme porte-parole officiel qui revendique et représente les intérêts des francophones de 55 ans et plus. Avec ses partenaires, elle contribue à la meilleure qualité de vie et participe en facilitant la mise en place des services en français. Elle vise le plein épanouissement de la collectivité francophone au Manitoba.

My colleague Gérard Curé, who is the director of the federation, and myself, only received your report this morning. We found out that we were supposed to be here today on Wednesday of last week. If you have any questions, we would be pleased to answer them, and then we could give the committee an overview and also tell you what we think about some of the recommendations in your report.

Gérard Curé, Executive Director, Fédération des aînés franco-manitobains Inc.: Madam Chair, I have been the executive director of the federation since 2002. I have tried to bring a new vision to the FAFM. A great deal of our work is done in partnership with various committees, including the one from the Centre de santé St. Boniface, which is one of our main partners. We try to keep people active in all ways in their community. I think it is important to keep people in their community as long as possible. The reason is that we have found that when people leave their hometowns or their family setting to go to a different place, they decline very quickly. This shows how important it is to keep them in their homes as long as possible.

The problem at the moment is that there are no services in French for our aging population in small communities. I think we must really look at this in order to provide the best services and to keep people in their homes as long as possible. We want to keep people active, but we also want to be able to provide them with the services they need.

Dr. Gérald Gobeil, as an individual: I have been a doctor here in Ste. Anne since 1965, so on July 1, I will have been in practice for 43 years. I have had an outstanding experience with the doctors with whom I have worked. I would like to give you an overview of the development of medical services in our community since 1948.

Physicians have been available in Ste. Anne since 1948. The first one was Dr. Francis Patrick Doyle, whose efforts resulted in the construction of a hospital. In those days, women had to go to St. Boniface to have their babies, or else they had them at home, and this was not really that satisfactory. Since that time, the hospital has developed in stages and expanded to include delivery rooms and eventually an operating room. Soon we will have two operating rooms, because there are two surgeons who do consultations and surgeries one day a week each. Surgery was introduced in 1969 when Dr. Jos Boucher from Saint-Baptiste came to work with us. At the time, our anaesthetist was Dr. Lemoyne. Dr. Boucher could not continue doing operations in Maurice, because there was no other doctor there to assist him, and there was no anaesthetist either.

Today, the hospital has 20 beds, of which four are always taken by chronically ill patients waiting to be admitted into a residence. Since we opened, we have had 13 doctors on staff, two of whom have died, and one who is now retired; another doctor had to leave and two are female doctors. All of our doctors are bilingual,

Mon collègue Gérard Curé, qui est le directeur de la fédération et moi, nous n'avons pas reçu le rapport avant ce matin. Nous avons appris que nous devions être ici mercredi de la semaine dernière. Si vous avez des questions, nous aimerions y répondre et ensuite nous pourrions vous donner un aperçu du comité et aussi ce qu'on pense de quelques recommandations qui sont faites dans le rapport.

Gérard Curé, directeur général, Fédération des aînés franco-manitobains Inc. : Madame la présidente, je suis le directeur général de la fédération depuis 2002. J'ai essayé d'apporter une nouvelle vision pour la FAFM. On travaille beaucoup en partenariat avec différents comités, dont le Centre de santé Saint-Boniface, qui est un de nos grands partenaires. On essaie de garder les gens actifs à tous points de vue dans leur communauté. Je pense que c'est important de garder nos gens aussi longtemps que possible dans leur communauté. Parce qu'on se rend compte que quand les gens quittent leur village natal ou leur milieu familial pour un lieu inconnu, ils dépérissent très vite. C'est un facteur qui démontre que c'est important de les garder aussi longtemps chez eux.

Le problème actuellement est que les services en français qu'on voudrait avoir pour nos gens dans les petites communautés, n'existent pas. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut vraiment regarder afin de donner les meilleurs services et les garder chez eux le plus longtemps possible; les garder actifs, mais aussi leur donner les services nécessaires.

Dr Gérald Gobeil, à titre personnel : Je suis médecin ici à Sainte-Anne depuis 1965, alors cela fera bientôt 43 ans au 1^{er} juillet. J'ai vécu une expérience remarquable avec les médecins que j'ai côtoyé. J'aimerais survoler le sujet du développement des services médicaux dans notre environnement depuis 1948.

Il y a, à Sainte-Anne, des médecins en permanence depuis 1948. Le premier fut Dr Francis Patrick Doyle, qui a réussi, par ses efforts, à faire construire un hôpital. Parce que dans le temps, il fallait aller à Saint-Boniface pour faire les accouchements sinon on les faisait à la maison et ce n'était pas vraiment pratique. Alors depuis ce temps, l'hôpital a été réaménagé par étapes, puis agrandi afin d'avoir des salles d'accouchement et, éventuellement, une salle de chirurgie, et bientôt nous aurons deux salles de chirurgie, car il y a deux chirurgiens qui font des consultations et de la chirurgie un jour par semaine chacun. La chirurgie a débuté en 1969 quand le Dr Jos Boucher, de Saint-Baptiste, est venu se joindre à nous alors que nous avions un anesthésiste en la personne du Dr Lemoyne. Le Dr Boucher ne pouvait plus continuer à faire des opérations à Maurice, parce qu'il n'y avait aucun autre médecin pour l'assister, il n'avait pas d'anesthésiste non plus.

L'hôpital, présentement, contient 20 lits dont quatre sont constamment occupés par des malades chroniques qui attendent d'entrer au foyer. Depuis le commencement, il y a eu 13 médecins, dont deux sont maintenant décédés et un autre est à la retraite; un a dû quitter et deux sont des femmes médecins. Tous les médecins

and this is a condition for any new doctor we hire. This is because our meetings are conducted in French, except when there are English-speakers among us.

Bilingual students work for us 9 months out of 12. We are a group held together by our religious convictions, our honesty, integrity, sincerity, and our desire to teach patients about prevention. We are also committed to helping every age group in society, from young people to seniors, with a particular emphasis on the elderly. We have 9 family physicians, 5 of whom work rotating 24-hour shifts, and one of whom does general anaesthesia. Two of our doctors come from Quebec and the others are from Manitoba. They are graduates from the universities of Sherbrooke, Montreal and Ottawa, and from the Faculty of Medicine of the University of Manitoba. It is important to us to provide a bilingual service in the area we live in, and we are working on developing as many hospital services as we can. The five doctors who are on call can deal with emergency situations involving people who have been in a car crash, who have had a heart attack or who need to give birth by caesarean section. We have a good relationship with several specialists working in Winnipeg and St. Boniface, and, if necessary, we can transfer a patient to a third hospital on short notice. We also provide service to four satellite clinics, namely in Sainte-Agathe, Lorette, Falcon Lake and La Broquerie, and we also provide treatment to patients living at the Villa Youville. We have so many patients that we could easily hire three additional doctors. So we do not have time to twiddle our thumbs at the office. By the way, 8,000 patients a year go through our emergency room.

In 1965, the Villa Youville — a residence for elderly and senile people — admitted its first residents, and it grew along with our clinic and the hospital. Since then, the facilities have been expanded, and the most recent expansion is the part we are in today. That gives you a brief overview of the development of medicine in our region of Ste. Anne and in the southeastern part of Manitoba.

But we do have problems, namely in psychiatry and in home care, either because there is not enough money to hire nurses or there are not enough nurses who specialize in these areas. We only have two psychiatrists who each spend one day per month providing psychiatric services. So if one of our residents needs psychiatric services, that person will often wait a month before seeing a psychiatrist. In extremely urgent situations, we have no choice but to send patients either to the hospital in Selkirk or to the health sciences centre of the Winnipeg General Hospital.

Whoever described retirement as being a golden age was smoking too much marijuana, in my opinion. That guy was dreaming in technicolour.

[English]

The Chair: I was delighted that you started your conversation with a reference to Dr. Pat Doyle. For those of my colleagues who remember Senator Molgat, Senator Molgat and Pat Doyle were, of course, the very best of friends. I met Dr. Doyle on many occasions in the company of Senator Molgat. It was good to hear

sont bilingues et c'est une condition que nous imposons pour qu'un nouveau médecin puisse se joindre au groupe, car nos réunions se font en français, excepté au moment où il y a des personnes de langue anglaise qui y participent.

Nous sommes précepteurs pour des étudiants bilingues neuf mois sur 12. Nous sommes un groupe cohésif par nos convictions religieuses, l'honnêteté, l'intégrité, la sincérité et nos efforts d'instruire les patients sur la prévention et notre dévouement envers tous les niveaux de la société, les jeunes comme les vieux et surtout les vieillards. Nous sommes neuf médecins de famille dont cinq occupent, tour à tour, la garde 24 heures sur 24, et un qui pratique l'anesthésie générale. Deux d'entre nous viennent du Québec, les autres du Manitoba. Nous sommes diplômés des Universités de Sherbrooke, Montréal, Ottawa et de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Nous tenons à offrir à notre région un service bilingue et nous continuons à développer autant de services hospitaliers que possible. Les cinq médecins sur appel sont compétents dans les cas urgents résultant d'accidents de voiture, des crises cardiaques et de césariennes. Nous avons de bonnes relations avec plusieurs spécialistes de Winnipeg et Saint-Boniface et, si nécessaire, un patient peut être transféré dans un hôpital tertiaire dans un court délai. Nous desservons quatre cliniques satellites, dont une à Sainte-Agathe, une à Lorette, une à Falcon Lake et l'autre à La Broquerie, et nous desservons aussi la Villa Youville. Nous sommes rendus au point que nous n'acceptons plus de nouveaux patients. Nous avons assez de patients présentement pour employer trois médecins de plus. Alors, on n'a pas le temps de se tourner les pouces au bureau. En passant, nous acceptons à l'urgence 8 000 patients par année.

De pair, avec le progrès de notre clinique et de l'hôpital, en 1965 la Villa Youville — centre d'accueil pour personnes âgées et séniles — acceptait ses premiers clients. Depuis ce temps, il y a eu des agrandissements, dont le plus récent est cette partie dans laquelle nous sommes aujourd'hui. Voilà brièvement l'évolution de la médecine dans notre région de Sainte-Anne et du sud-est du Manitoba.

Je dois vous dire que nous avons des problèmes, en psychiatrie et en soins à domicile, soit qu'il manque les fonds nécessaires pour embaucher les infirmières ou qu'il n'y ait pas assez d'infirmières qui travaillent à cette tâche. Nous n'avons que deux psychiatres qui viennent passer une journée par mois chacun pour les soins psychiatriques. Alors, si on a quelqu'un à référer, il faut souvent attendre un mois avant de le faire, et dans les crises aiguës, il faut absolument qu'on les contraigne soit à l'Hôpital de Selkirk ou à Winnipeg à l'Hôpital général des sciences de santé.

Alors, juste pour dire que la personne qui a décrit l'âge de la retraite comme l'âge d'or, je pense qu'il avait fumé trop de marijuana, il voyait les choses en couleur.

[Traduction]

La présidente : J'étais ravie lorsqu'au début de votre conversation vous avez parlé du Dr Pat Doyle. Pour les collègues qui se souviennent du sénateur Molgat, le sénateur Molgat et Pat Doyle étaient naturellement les meilleurs amis du monde. J'ai rencontré le Dr Doyle à plusieurs reprises en

the name referenced because when I was in politics in Manitoba, Pat Doyle's name was synonymous with Ste. Anne. I could not speak about Ste. Anne without speaking about Dr. Pat Doyle in the same sentence. It was wonderful to have that reference.

Dr. Gobeil, you specifically made reference to the lack home care services in this community, but you did not go into any detail. I would like you to go into that detail now, if you could.

Dr. Gobeil: I will give you an example. Last week, I had a patient who has bronchiectasis. That is a very serious illness. She has already had bilateral partial pneumonectomies. She has to have pustulization and percussion twice a day, and with that, we prevent her from being admitted to the hospital for longer periods of time. I asked that these services be done every day, on weekends as well. I had to concede that they could not fit in the program or the staff to be able to perform these services on weekends.

Where is the problem? The nurses tell me that they just have to give them hours, and they will work them. However, we are told from the person responsible for administrating this particular service that they cannot fit in enough nurses to do the rotation. I do not know where the problem really is because I hear different stories from both sides.

The Chair: It is interesting because we actually visited the hospital in Moncton that runs the Extra-Mural Program two weeks ago, which is how they deliver their home care services. It was quite amazing to see nurses, respirologists, respiratory technicians, physiotherapists, occupational therapists and palliative care services under one roof. Each patient had one file, but that file went to as many people as needed it. They were reaching out to a huge urban as well as rural community. It can clearly work if the dollars and resources are put in place, but it is a significant challenge for your committee because it is the area that we keep hearing most often needs to be addressed, and at this point in time has not been, pretty well nationwide.

Tell me about some of the programs, Mr. Curé, that you are offering and that you hope to offer to your francophone community.

[Translation]

Mr. Curé: One of our projects would be to help rural regions. We are a provincial organization with 18 affiliated clubs, of which 3 are located in urban areas and the other 15 in the countryside. By this I am referring to outlying regions, where there is a dearth of services. Sometimes it is hard just to get to Winnipeg from far away. So we would like to provide better services farther away, so people living in rural areas could at least have access to adequate services. We want to provide home care — everywhere. If you look at the activities we provide, they are mostly focused on

compagnie du sénateur Molgat. Cela faisait plaisir d'entendre son nom, car lorsque je faisais de la politique au Manitoba, le nom de Pat Doyle était synonyme de Sainte-Anne. Je ne pouvais pas parler de Sainte-Anne sans parler du Dr Pat Doyle dans la même phrase. C'est merveilleux que vous en ayez parlé.

Docteur Gobeil, vous avez spécifiquement parlé de l'absence des services de soins à domicile dans cette collectivité, mais vous n'avez pas donné de détails. J'aimerais que vous nous en parliez en détail, s'il vous plaît.

Dr Gobeil : Je vais vous donner un exemple. La semaine dernière, j'avais une patiente qui souffre de bronchectasie. C'est une maladie très grave. Elle a déjà subi des exérèses pulmonaires bilatérales partielles. Elle doit subir une pustulisation et une percussion deux fois par jour, ce qui l'empêche d'être hospitalisée pour de longues périodes. J'ai demandé que ces services lui soient offerts tous les jours, y compris les weekends. J'ai dû accepter qu'il n'était pas possible dans le cadre du programme d'offrir ces services le weekend, le personnel n'étant pas disponible pour le faire.

Où est le problème? Les infirmières me disent qu'ils n'ont qu'à leur donner des heures et qu'elles travailleront. Or, la personne qui est responsable de l'administration de ces services en particulier me dit qu'il n'est pas possible de trouver suffisamment d'infirmières pour faire la rotation. Je ne sais pas où est le problème réellement, car j'entends une histoire différente de part et d'autre.

La présidente : C'est intéressant, car nous avons en fait visité l'hôpital de Moncton il y a deux semaines, et il s'agit de l'hôpital qui administre le programme extramural, c'est-à-dire les services de soins à domicile. J'ai été assez impressionnée de retrouver sous un même toit les services de soins infirmiers, de spécialistes des troubles respiratoires, d'inhalothérapeutes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de soins palliatifs. Chaque patient avait un dossier, mais ce dossier était transmis au plus grand nombre possible de gens au besoin. Ces services sont offerts à une importante collectivité urbaine et rurale. Il est évident que cela peut fonctionner si les ressources financières et autres sont disponibles, mais c'est un défi de taille pour notre comité, car c'est dans ce domaine qu'on nous dit constamment qu'il faut faire quelque chose, et à ce moment-ci on ne l'a pas fait encore et ce, à l'échelle du pays.

Parlez-moi, monsieur Curé, de certains des programmes que vous offrez et que vous espérez offrir à la communauté francophone.

[Français]

M. Curé : Un des projets qu'on envisage de faire, c'est surtout pour les régions rurales. Parce que nous, on est un organisme provincial qui a 18 clubs affiliés, trois qui sont urbains et 15 qui sont de la campagne. Quand on parle du rural, c'est toutes les régions éloignées, et c'est surtout là où les services ne sont pas adéquats. Le transport pour venir à Winnipeg devient un problème majeur. Alors, on aimerait offrir de meilleurs services dans les régions pour qu'il y ait, au moins, des services adéquats pour ces gens-là. Les services qu'on veut offrir, ce sont les soins à

helping people remain active and as healthy as possible. We offer courses on nutrition, exercise classes, and workshops to train community leaders, so they in turn can help people become more independent and remain healthy as long as possible, and to organize physical activities, such as walking or other types of activities. We held our annual general assembly last week and we talked about all these things. We offered courses on nutrition and courses on how to reduce stress; this approach worked in some communities, but it was a non-starter in others. We also offered a laughter yoga program, which was well received in some areas, but people did not sign up after the second year. Sometimes we do not have enough leaders and we have to find new ones. If we had a little more money, we could send people into the homes of seniors to give the training so that the seniors could live at home as long as possible. So there are all kinds of activities; we organize trips, we have the spring games, we have a summer festival which is part of the Festival du Voyageur. We do all these things to help seniors socialize, to entertain them and to create nice get-togethers for them.

[English]

Senator Cordy: Dr. Gobeil, you talked about psychiatrists and the access and partnerships that you have with Sainte-Boniface, I think, in Winnipeg. I would like to talk about the whole issue of mental health with seniors. It is great that seniors are living longer. However we know, of course, that the older people get, the higher the percentage of dementia in the senior population. What services are available to seniors suffering from any form of dementia, and how easy is it to access programs? What about respite for caregivers in that area?

[Translation]

Dr. Gobeil: That way, at our request, when we realize that a person is not acting normally, we can ask for a psychogeriatric assessment to determine at what level this person is functioning. For the residents living here in the home, we have Dr. Zacharias, a psychogeriatrician, who will gladly make a diagnosis, conduct an evaluation and make recommendations. When our office detects mental health problems with a resident, that person must be referred elsewhere. We usually refer the resident to a psychologist who prepares a report. If it is a serious case, the report is sent to the psychiatrist who visits Steinbach once a month. We have two psychiatrists who each come once a month; one of them treats younger people and the other adults. There are times when we would like to act immediately, but that is not easy to do because of the urgency of a situation, and we are far too often forced to admit a patient to Selkirk if his or her case is too serious, especially when a person is having suicidal thoughts, or something along those lines, and we cannot keep them here at the hospital because they can leave when they want to. But if we admit such a patient to a psychiatric hospital because there is a good reason to do so, the hospital has to keep the patient for at

domicile... cela s'applique partout. Si on regarde les activités qu'on fait, c'est surtout des activités pour garder les gens actifs et autant que possible en santé. On offre des cours de nutrition, d'activités physiques, on donne des ateliers pour former des leaders dans les communautés, pour qu'ils puissent aider les gens à se prendre en main et à se garder en bonne santé le plus longtemps possible, des cours d'activités physiques, cela peut être aussi bien la marche, comme cela peut être... On a eu notre assemblée générale annuelle la semaine passée, et justement on parlait de toutes ces choses. On a offert des cours en nutrition, on a offert des cours pour combattre le stress; cela aussi a fonctionné dans certaines localités, puis dans d'autres localités cela n'a pas marché du tout. On a offert un programme de yoga du rire et dans certaines localités, cela est bien parti, mais les gens ont débarqué après la deuxième année. Des fois, ce sont les leaders qui nous manquent et qu'on doit aller chercher. Si on avait un peu plus d'argent pour former les gens chez eux et les garder chez eux le plus longtemps possible. Il y a donc toutes sortes d'activités, on fait des voyages, on organise des Jeux du printemps, on fait une fête estivale dans le cadre du Festival du voyageur. Tout cela pour rassembler les gens pour qu'ils puissent socialiser, se divertir et faire de beaux échanges.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Docteur Corbeil, vous avez parlé des psychiatres et du fait que vous aviez accès à Saint-Boniface, je pense, à Winnipeg, et des partenariats que vous avez là-bas. Je voudrais parler de toute la question de la santé mentale des personnes âgées. C'est très bien que les personnes âgées vivent plus longtemps. Nous savons cependant naturellement que plus les gens vivent longtemps, plus le risque de démence est élevé. Quels services sont offerts aux personnes âgées qui souffrent d'une forme de démence, et est-il facile d'avoir accès à des programmes? Y a-t-il des services de relève pour ceux qui prennent soin de ces personnes âgées?

[Français]

Dr Gobeil : De cette façon, à notre demande, quand on s'aperçoit qu'une personne ne fonctionne pas correctement, on peut demander pour un examen psychogériatrique afin de déterminer à quel niveau elle fonctionne. Pour les personnes qui sont ici au foyer, nous avons un psychogériatrien du nom de Dr Zacharias, qui vient très volontairement nous donner ses opinions, faire ses examens et ses recommandations. Lorsqu'on dépiste des problèmes de maladie mentale, au bureau, il faut les référer. Habituellement, on passe par un psychologue, qui, lui, prépare un rapport. Si le cas est assez sévère, il chemine son rapport vers le psychiatre qui vient à Steinbach une fois par mois. Il y en a deux qui viennent une fois par mois, un qui s'occupe plutôt des jeunes et l'autre des adultes. Il y a des fois où on voudrait agir tout de suite, mais on ne peut pas le faire facilement à cause de l'urgence de la situation et trop souvent, on est presque forcé d'admettre un patient à Selkirk s'il est assez dérangé, surtout quand il s'agit de cas qui ont des idées suicidaires ou des choses telles qu'on ne peut pas se permettre de les garder à l'hôpital ici parce qu'ils peuvent sortir quand ils veulent. Tandis que si on les admet dans un hôpital psychiatrique avec une bonne raison, ils

least 48 hours, assess the patient and then make a decision. But the problem is that there is always a stigma attached to being admitted into a psychiatric hospital, especially the one in Selkirk. In the town of Selkirk itself, when people see someone acting crazy, they usually say, "That one escaped from Selkirk!"

Services are slowly improving, but I still find it is taking a lot of time. We had hoped to at least have a mental health centre in our region by now. I recently tried to refer a patient to the Eden Mental Health Centre in Winkler, and I spoke to the psychiatrist there, who told me, "I am sorry, but your patient does not live in our area." So I tried to refer this patient elsewhere. There are limits to what can be done, because each facility has its patient quota and its own set of problems, and mental health facilities are always full.

[English]

The Chair: Does any centre in Manitoba — I cannot think of one — offer services in French to a person with mental problem?

[Translation]

Dr. Gobeil: Not that I am aware of, no.

[English]

Senator Cordy: What would happen to a senior in this complex living independently, but within Villa Youville, who started exhibiting signs of dementia? They would not be able to stay here, would they, or is there a wing here?

[Translation]

Dr. Gobeil: Yes, we provide different levels of care. We have patients who have deteriorated to the point where they do not know where they are, or who even become physically or verbally aggressive, and they are placed in a section which is under lock and key so that they cannot escape. However, some of those patients have managed to escape, although it was not easy. So we provide four levels of care, and the most difficult patients are those who do not know where they are, who they are or what day it is. Despite the care provided by Dr. Zacharias, who willingly gives us advice, shares his ideas with us, as well as his recommendations, the fact of the matter is that he speaks English. He does not speak French. But we do ultimately understand each other.

[English]

Senator Cordy: Studies have shown that depression among seniors is quite high, higher than the average person would like to believe. Much of that is due to isolation. We talk about isolation in rural areas, but a senior can also be isolated living in downtown Toronto. One of our previous panelists was talking about a day program that they have for seniors. He said that seniors ask themselves what reason they have to get up in the morning. That is a big issue for seniors. Is there a way for family doctors, for

doivent au moins les garder pour 48 heures afin de les examiner puis prendre une décision. Mais le problème, c'est qu'il y a toujours un tabou qui existe avec l'admission, surtout à l'hôpital de Selkirk. Parce que quand on voit des personnes agir follement, dans le village, on a la coutume de dire : « Bien, ils en ont échappé un à Selkirk! »

Les services s'améliorent à la longue, mais je trouve que cela prend beaucoup de temps. On espérait au moins avoir un centre de santé mentale dans notre région. Dernièrement, j'ai voulu référer un patient au Eden Mental Health Centre à Winkler et j'ai parlé au psychiatre là-bas, puis il a dit : « Cela me fait de la peine, mais ton patient ne vient pas de notre région. » Donc, j'essaie de trouver quelque chose d'autre pour ce patient-là. Il y a des limites, car ils ont leur quota de patients et puis eux aussi ont de la difficulté, les centres de santé mentale sont toujours pleins.

[Traduction]

La présidente : Y a-t-il un centre au Manitoba qui offre des services en français à ceux qui ont des problèmes de santé mentale — je n'arrive pas à penser à un centre qui le ferait?

[Français]

Dr Gobeil : Pas que je sache, non.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Qu'arriverait-il à une personne âgée qui vit à la Villa Youville qui est indépendante, mais qui commencerait à montrer des signes de démence? Elle ne pourrait pas y rester, n'est-ce pas, ou est-ce qu'il y a une aile à cet effet?

[Français]

Dr Gobeil : Oui, nous avons différents niveaux de soins. Ceux qui ont vraiment déperé au point qu'ils ne savent pas où ils sont, ou qui sont même un peu agressifs physiquement ou verbalement, nous avons une section qui est fermée à clé afin qu'ils ne puissent pas s'évader. Il y en a qui réussissent quand même à sortir, mais avec difficulté. Nous avons quatre niveaux de soins et les pires sont ceux qui ne savent pas où ils sont, qui ils sont ou quelle journée nous sommes. Malgré les services du Dr Zacharias, qui vient volontairement nous donner des conseils, offrir ses idées et ses recommandations, il reste que cela se passe en anglais. Il ne parle pas français. On vient à bout de se comprendre quand même.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Les études révèlent qu'il y a beaucoup de cas de dépression chez les personnes âgées, beaucoup plus qu'on pourrait le croire. C'est en grande partie en raison de leur isolement social. Nous parlons de l'isolement dans les régions rurales, mais une personne âgée peut également vivre isolée au centre-ville de Toronto. L'un de nos témoins précédents parlait d'un programme de jour qu'ils offraient aux personnes âgées. Il a dit que les personnes âgées se demandaient pourquoi elles

example, to diagnose possible depression among seniors when they come in for a visit?

[Translation]

Dr. Gobeil: Yes, we are trying to do that as much as possible. We have a so-called “day care” service here, right in the home, which is working quite well. Not everyone wants to use the service voluntarily and sometimes we need to encourage them and advise them a number of times before they agree to come. They are hesitant about coming to these meetings. I think it is tied in with the fear of becoming a patient or resident here. I think they are trying to deny the fact that they need the care or pretend that they can do without it.

If you took someone from our institution who seemed perfectly lucid and admitted him to hospital, I can guarantee you that he would become disoriented by the third day; things come back to normal after the person gets used to the health care team and the situation eventually improves, and then the person goes home. But there is no doubt that the longer you can keep people at home, the better it is for them because it is a familiar environment. That is when home care becomes very important, especially for people on the lowest incomes and who are most ill.

[English]

Senator Cordy: Is there a shortage of francophone health care workers dealing in the area of psychiatry, psychiatrists and psychiatric nurses?

[Translation]

Dr. Gobeil: Very few are bilingual. In fact, I know a few nurses who are bilingual, and our psychologist is bilingual, but that is all.

Ms. Dorge: I think that the committee should be aware of how traumatic it can be for many of our francophone seniors who live in our small francophone communities and are used to living their lives in French, when they find themselves hundreds of kilometres from home, from one day to the next, in a supervised residence with no services in French and no francophone environment at all. Experience has shown that, when there is political will, ways can be found to ensure that francophone seniors can be served in their language and in their residential environment. We hear a lot about home care and the shortage of caregivers. There also need to be incentives and increased awareness so that residences can offer these services.

We are trying to keep seniors from being isolated. But if they are taken to the casino one day and nothing else happens for a month, they are very much isolated in their little world, which leads to dementia and depression. The aim of our federation is to try to prevent that. We know that French is a minority language, but we still need to fight to obtain services in French for our francophone seniors.

devaient se lever le matin. C'est un gros problème pour les personnes âgées. Y a-t-il une façon pour un médecin de famille par exemple de diagnostiquer un problème de dépression chez les personnes âgées lors d'une visite?

[Français]

Dr Gobeil : Oui, nous essayons, autant que possible. Nous avons un service qu'on appelle « day care » ici même au foyer, qui fonctionne assez bien. Ce ne sont pas toutes les personnes qui veulent volontairement profiter du service et parfois, il faut les supplier et les conseiller plusieurs fois avant qu'ils acceptent de venir. Ils ont une réticence à venir à ces rencontres. Je pense, que c'est parce qu'il y a le spectre de devenir patient ou résidant ici. Je pense qu'ils essaient de dénier le fait qu'ils n'ont pas besoin de ces soins ou qu'ils pourraient s'en passer.

Si on prend une personne de notre institution qui semble parfaitement lucide, et que vous l'admettez à l'hôpital, je peux vous garantir, que le troisième jour, cette personne devient désorientée; c'est une chose qui revient lentement à la normale après que la personne s'est habituée à l'équipe de soignants et puis éventuellement elle s'améliore, puis on la retourne chez elle. Seulement qu'il n'y a aucun doute que si vous pouvez garder quelqu'un à domicile le plus longtemps possible, le mieux c'est, pour lui, parce que c'est un milieu familial et c'est à ce point là que les soins à domicile deviennent très importants, surtout pour les personnes les plus démunies et les plus malades.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Y a-t-il une pénurie de travailleurs de la santé francophones en psychiatrie, c'est-à-dire des psychiatres et des infirmiers ou infirmières en soins psychiatriques?

[Français]

Dr Gobeil : Très peu sont bilingues. En fait, je connais quelques infirmières qui sont bilingues, et notre psychologue est bilingue, mais c'est tout.

Mme Dorge : Je pense que le comité doit prendre conscience du traumatisme que cela peut créer pour un bon nombre de nos aînés francophones qui habitent dans nos petites communautés francophones et qui sont habitués à vivre en français — et qui, du jour au lendemain, se retrouvent à des centaines de kilomètres de chez eux, en résidence supervisée sans aucun service en français et sans aucun environnement francophone. L'expérience a montré que lorsqu'il y a une volonté politique, il y a des moyens de faire en sorte que les aînés francophones puissent être desservis dans leur langue et leur milieu résidentiel. On parle beaucoup de « home care », de pénurie de personnes aidantes. Il faut qu'il y ait ainsi des mesures incitatives et un peu plus de sensibilisation pour que les résidences puissent offrir de tels services.

On essaie d'empêcher l'isolement chez les aînés. Même si tu les amènes une journée au casino puis le mois après on ne fait rien, ils sont vraiment isolés dans leur petit monde, puis viennent les cas de démence ou de dépressions. Le but de notre fédération c'est d'essayer d'éviter cela. On sait qu'on est une langue minoritaire, mais il faut encore se battre pour avoir des services en français pour nos aînés francophones.

[English]

The Chair: That is exactly why we are here in Ste. Anne this morning.

Senator Mercer: I will put my other hat on as a member of the Standing Senate Committee on Agricultural and Forestry. We are in the middle of completing a study on rural poverty. We have discovered — not that it was a big surprise — a lack of medical services in all parts of rural Canada, and the difficulty in attracting medical practitioners to rural Canada. However, it becomes magnified and much more critical in communities where minority languages are in effect, whether that is English language services in certain parts of Quebec or, more likely, French language services in Manitoba and parts of New Brunswick.

You indicated that you have had some interns coming here to work on their training. Have you been able to attract any of those young people back, and where did they come from? Are they Manitobans, or are they from elsewhere and are just completing their education and you likely will not see them again?

[Translation]

Dr. Gobeil: Our task as preceptors is to attract people who are able to work with us. There are a few from other provinces who are studying here in Winnipeg. Most are from Manitoba, and we see students from each of the four years of the medical program. Some of them are doing their residency in rural regions like ours. If we feel they are capable, we invite them to join our group to fill in the gaps.

[English]

Senator Mercer: Senator Cordy would have you believe that the answer is a good social life when they get here, which is not a bad idea.

You almost come to the conclusion that the universal health care is only universal to those people who live in big centres, near hospitals, and where the language that is spoken is their language. It is not universal to everyone, even those people who live in bigger centres if the language is different than their first language.

This morning we talked to others about the program of training doctors at the University of Moncton within their relationship with University of Sherbrooke. We understand that there is a relationship between the University of Manitoba and the University of Ottawa, and the University of Sherbrooke. Would it be more beneficial to francophones in Western Canada, and particularly Manitoba, if there was a program similar to the University of Moncton program? They are actually now in year two of their medical school training. They are taking their training at the University of Moncton but are actually students at the University of Sherbrooke, and the faculty of medicine at the University of Sherbrooke oversees the program in Moncton. Obviously, the objective is to train Franco-Canadians in Atlantic

[Traduction]

La présidente : C'est exactement pour cette raison que nous sommes ici à Sainte-Anne ce matin.

Le sénateur Mercer : Je suis également membre du Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts. Nous sommes en train de faire une étude sur la pauvreté rurale. Nous avons découvert — non pas que c'était une grosse surprise — qu'il y avait un manque de services médicaux dans toutes les régions rurales au Canada et qu'il y était difficile d'attirer des médecins praticiens. Cependant, le problème est encore plus grave dans les communautés où il y a une langue minoritaire, que ce soit l'anglais dans certaines parties du Québec ou, ce qui est encore plus probable, le français au Manitoba et dans certaines régions du Nouveau-Brunswick.

Vous avez dit que des internes venaient ici travailler dans le cadre de leur formation. Avez-vous réussi à attirer ces jeunes médecins pour qu'ils restent ici et d'où venaient-ils? S'agit-il de Manitobains, ou viennent-ils d'ailleurs, et est-ce qu'ils viennent ici uniquement pour compléter leurs études de sorte que vous ne les reverrez sans doute plus?

[Français]

Dr Gobeil : Notre fonction comme précepteurs c'est de pouvoir attirer les personnes capables de se joindre à nous. Il y en a quelques-uns qui viennent des provinces extérieures et qui font leurs études ici à Winnipeg. La plupart sont des Manitobains et on voit des élèves de toutes les années, de la première à la quatrième année de médecine. Il y a ceux qui font leur résidence dans des régions rurales comme la nôtre. Si l'on juge qu'ils en sont capables, on leur offre de venir chez nous afin de combler les manques dans notre groupe.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Le sénateur Cordy vous dirait que la réponse, c'est qu'ils aient une bonne vie sociale lorsqu'ils arrivent ici, ce qui n'est pas une mauvaise idée.

On arrive presque à la conclusion que les soins de santé universels ne sont universels que pour les gens qui vivent dans les grands centres, près des hôpitaux, où la langue parlée est leur langue maternelle. Les soins de santé ne sont pas universels pour tous, même pour ceux qui vivent dans des grands centres si la langue est différente de leur langue maternelle.

Ce matin, nous parlions à d'autres témoins du programme de formation à l'Université de Moncton dans le cadre de leur partenariat avec l'Université de Sherbrooke. Je crois comprendre qu'il y a un partenariat entre l'Université du Manitoba et l'Université d'Ottawa et l'Université de Sherbrooke. Ne serait-il pas plus avantageux pour des francophones de l'Ouest du Canada, particulièrement du Manitoba, qu'il y ait un programme semblable à celui de l'Université de Moncton? En fait, ils en sont actuellement à la deuxième année de la formation en médecine. Ils suivent une formation à l'Université de Moncton, mais sont en fait des étudiants de l'Université de Sherbrooke, et la faculté de médecine à l'Université de Sherbrooke supervise le programme à Moncton. Évidemment, l'objectif consiste à former

Canada and keep them in that region. Would that help solve some of your problems and hopefully bring more practitioners back to Franco-Manitoba?

[Translation]

Dr. Gobeil: I believe that there are enough students at the University of Manitoba who are bilingual and who already come from our region. The problem is that practising family medicine is not all that attractive an option for them, given the long hours of work involved. Many of them expect to work nine to five, when it is really the opposite that is the reality here. And others want to specialize, obviously. So we are lucky when we can find even one. If they were trained in a francophone university, perhaps things would change. However, maybe they would be tempted to stay where they receive their training and so would not necessarily come back to Manitoba.

[English]

Senator Mercer: If I understood you correctly earlier, you indicated that most of the doctors here have a maximum case load and are not accepting new patients; am I correct? What do those people in the region do if they do not have a doctor?

[Translation]

Dr. Gobeil: That is a very serious problem. And a study has just been completed on that. If I take one or two more patients than I am able to see right now, when I leave other doctors will have to take my extra patients. The more I have, the less able they will be to take them all on. But demand is growing. Where we need doctors is especially with older people, who are much more numerous than before and require more time in the office to examine them properly and make a good diagnosis. It is a real problem.

I do not know what happens to people who have no family doctor. I would personally be prepared to take on new patients anytime, but I have to think of the new doctors coming up, since when I leave, they will have to handle 2,000 patients more.

The same thing is happening in the neighbouring town of Steinbach; they have many more doctors than we do but they are not taking on any new patients. So it is becoming a problem. Patients who need medical care go to the emergency ward after hours and even during office hours, and they have to be given care. Eventually some of them get into the system, but we need to be very careful because if we want to provide adequate service we have to avoid patient overloads, I think.

[English]

Senator Mercer: Thank you, I appreciate that.

des Franco-canadiens dans la région de l'Atlantique et de les garder dans cette région. Est-ce que cela aiderait à résoudre certains de vos problèmes et peut-être faire venir un plus grand nombre de médecins dans les régions francophones du Manitoba?

[Français]

Dr Gobeil : Je crois qu'il y a un nombre suffisant d'étudiants à l'Université du Manitoba qui sont bilingues et qui viennent déjà de notre région. Le problème c'est que la pratique de la médecine familiale n'est pas tellement attrayante pour eux, à cause des heures prolongées qu'ils s'attendent à pratiquer. Plusieurs d'entre eux s'attendent à travailler de 9 heures à 17 heures, alors que c'est vraiment le contraire qui se passe ici. Et d'autres vont en spécialité, évidemment. Alors on est chanceux quand on peut en attraper un. Si ces personnes étaient formées dans une université francophone, peut-être que les choses changeraient. Par contre, peut-être qu'ils vont être tentés de rester là où ils ont été instruits, aussi, ils ne reviendront pas nécessairement au Manitoba.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Si j'ai bien compris ce que vous avez dit précédemment, la plupart des médecins ici ont une charge de travail maximal et ne prennent pas de nouveaux patients, n'est-ce pas? Que font les gens dans la région s'ils n'ont pas de médecin?

[Français]

Dr Gobeil : C'est un problème vraiment sérieux. Et puis on vient de compléter une étude sur ce sujet. Moi, si je prends un ou deux patients de plus que je suis capable de voir dans le moment, lorsque je vais quitter, les autres vont être obligés de prendre la surcharge de mes patients. Plus j'en ai, moins ils deviendront capables de tous s'occuper d'eux. Mais la clientèle est grandissante. Lorsque nous avons besoin de médecins, c'est surtout avec les vieillards qui, en grande partie, sont beaucoup plus nombreux qu'avant, demandent beaucoup plus de temps pour les examiner correctement puis faire des diagnostics. C'est un vrai problème.

Je ne sais pas ce qui arrive aux personnes qui n'ont pas de médecin de famille. Moi, je serais prêt à prendre de nouveaux patients n'importe quand, mais il faut que je pense aux autres qui sont derrière moi, parce que lorsque je quitterai la place, cela va leur faire 2 000 patients de plus à s'occuper.

C'est la même chose qui se passe dans la ville voisine, Steinbach; ils ont beaucoup plus de médecins que nous et ils ne prennent pas de nouveaux patients. Cela devient un problème. Les patients qui ont besoin de soins médicaux viennent à l'urgence après les heures ou même pendant les heures de bureau et on est obligé de les desservir. Éventuellement, il y en a qui viennent à bout d'entrer dans le système, mais il faut vraiment faire attention, parce que si on veut donner un service adéquat, je pense qu'il ne faut pas se surcharger.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Merci.

We had a brief discussion about the need for activities to keep people active and to try to get them to come to centres such as the Villa Youville, not as a place to live but as a place of activity. Are there other facilities besides the Villa Youville in the Franco-Manitoban community that are specifically designed to do just that, to attract older Franco-Manitobans to a centre, to create the activities that will get them both physically and mentally active, and to have the usual collective trips that people like to go on?

Ms. Dorge: I do not think there are other facilities. St. Boniface might have an area where they have day programs and so on. Programs are being created locally and we can either sponsor it or encourage it. We have no money to sponsor it financially, but we encourage them to meet so that seniors are not isolated from the others. Our main goal is to keep seniors together.

With respect to doctors and seniors, to doctors right now, it is a profession where a few years ago it was a vocation, and they were there 24 hours. I do not think we can find young doctors that are doing this now because they have their families and many other commitments to take care of.

People often come to us requesting that we find a French speaking doctor for them. Even though St. Boniface has some, they are few and far between. In Ste. Anne's, all of them are francophone, but people will not travel to Ste. Anne; some do, but others will not.

The Chair: It does not sound like a good idea for them to travel to Ste. Anne. Ste. Anne's doctors are having trouble looking after their own.

Ms Dorge: That is a problem.

The Chair: Dr. Gobeil, I would like to put a very frank question to you. We know that there are shortages of geriatricians and family physicians from one end of this country to the other. How much of that is related to the fact that our medical system, including the doctors' associations themselves, fail to recognize the value of family physicians and geriatricians in terms of their payment schedules?

Dr. Gobeil: Could you repeat that question, please?

The Chair: We know that if you are a specialist in internal medicine, you will get paid a lot more than if you are a family physician. We also know that if you are a specialist in cardiac surgery, you will get paid a great deal more than if you are a geriatrician looking after our seniors. How much is that causing shortages in family physicians and geriatricians?

[Translation]

Dr. Gobeil: I do not believe it is really a problem, since I personally feel that I receive adequate compensation. We receive less than we should, according to the assessment by the Manitoba Medical Association; it is essentially a certain percentage of what the association recommends. But things

Nous allons brièvement parler du fait qu'il était nécessaire d'avoir des activités pour garder les gens actifs et tenter de les attirer dans des centres comme la Villa Youville, non pas comme endroit où vivre, mais comme centre d'activités. À part la Villa Youville, y a-t-il d'autres installations dans la communauté franco-manitobaine spécifiquement conçues pour attirer les Franco-Manitobains plus âgés dans un centre, créer des activités pour les garder actifs tant sur le plan physique que mental et faire les petits voyages collectifs habituels que les gens aiment faire?

Mme Dodge : Je ne pense pas qu'il existe d'autres installations. Saint-Boniface a peut-être un endroit qui offre des programmes de jour. Les programmes sont créés localement et nous pouvons les parrainer ou les encourager. Nous n'avons pas d'argent pour les commanditer, mais nous encourageons les personnes âgées à se rencontrer de façon qu'elles ne soient pas isolées des unes des autres. Notre principale objectif c'est de garder les personnes âgées ensemble.

Pour ce qui est des médecins et des personnes âgées, à l'heure actuelle être médecin c'est une profession tandis qu'il y a quelques années c'était une vocation, les médecins étaient là 24 heures sur 24. Je ne pense pas nous puissions trouver de jeunes médecins qui fassent cela aujourd'hui, car ils ont leur famille et d'autres engagements.

Les gens viennent souvent nous voir pour nous demander de leur trouver un médecin francophone. Même s'il y en a à Saint-Boniface, ils sont rares. À Sainte-Anne, ils sont tous francophones mais les gens ne viennent pas jusqu'à Sainte-Anne; il y en a qui viennent, mais d'autres ne viennent pas.

La présidente : Cela ne semble pas être une bonne idée qu'ils se déplacent jusqu'à Sainte-Anne. Les médecins de Sainte-Anne ont du mal à s'occuper de leurs propres patients.

Mme Dodge : C'est un problème.

La présidente : Docteur Corbeil, je voudrais vous poser très franchement une question. Nous savons qu'il y a des pénuries de gériatres et de médecins de famille d'un bout à l'autre du pays. Jusqu'à quel point est-ce lié au fait que notre système médical, notamment les associations de médecin elles-mêmes, ne reconnaissent pas la valeur des médecins de famille et des gériatres pour ce qu'il s'agit de les rémunérer?

Dr Corbeil : Pouvez-vous s'il vous plaît répéter la question?

La présidente : Nous savons qu'un spécialiste en médecine interne est beaucoup mieux rémunéré qu'un médecin de famille. Nous savons par ailleurs qu'un spécialiste en chirurgie cardiaque est beaucoup mieux rémunéré qu'un gériatre qui s'occupe de nos personnes âgées. Jusqu'à quel point est-ce que cela est à la source de la pénurie de médecins de famille et de gériatres?

[Français]

Dr Gobeil : Je ne crois pas que c'est vraiment un problème, parce que personnellement, je trouve que ma rémunération est adéquate. Nous sommes récompensés moins qu'on devrait l'être, d'après les évaluations de l'Association médicale du Manitoba, car c'est surtout un certain pourcentage de ce que l'association

have improved over the years, and I am sure that a doctor who wants to work just eight hours a day can easily make a go of it financially in a place like this. It is a matter of persistence, and there is also an element of self-sacrifice. The care we give is not just restricted to office hours; sometimes we need to go beyond that and this is something we need to be prepared to do. In my view, the financial side should not be a problem.

A doctor in general practice in Winnipeg, however, can easily obtain investigations and — The problem as well is that, if you are in general practice, your patients that get sick after five o'clock will go to a walk-in clinic or even the hospital, where they end up waiting for so many hours that they leave without getting treatment. But the doctors do not have to worry because they know that their patients will eventually be treated. Our system here is such that we make sure that everyone who comes to the emergency is examined and treated and then sent to their regular doctor or to a specialist in Winnipeg. So we now have a specific contract whereby we receive a certain amount of money when we work in the emergency ward, whether we have 20 patients or only one: it makes no difference, since we are paid for being on call.

When I was younger, we were on call 24 hours a day, but we received no compensation for the hours we spent by the phone, getting to the hospital or at the patient's bedside. Things have improved a lot from that standpoint. So I do not really see the problem. It may be less attractive to practise in a rural area rather than in Winnipeg, to take our region as an example.

Senator Chaput: Doctor Gobeil, you have just said that it may be less attractive to practise here. I am thinking about people outside the region who are looking at what is going on in Ste. Anne in your clinic, where you have nine doctors in 2008. So you are doing something here in terms of recruitment in order to have so many doctors, some of them young and some of them a bit less young like you, but at least you have them and they are all bilingual. So why is it that those doctors have come to the clinic to work with you and for the people of this region? What is your recipe, do you think?

Dr. Gobeil: The recipe is, first, that we invite them to do internships to show them exactly how we do things. It is important to keep in mind that we have a cohesive group with the same approach to our work and the support of the other doctors we work with. All those things make for a homogeneous group, despite our personal differences. This is very important, since I am asked every day what will happen when I leave. I respond that we are not at that point yet and that they will cross that bridge when they come to it. That said, I can guarantee them that, because their files are here, the other doctors will take them on as patients and there will be new doctors.

I think that we offer working conditions that are actually pretty good. Years ago, I used to be on call 24 hours a day for a week at a time. Needless to say, I was absolutely exhausted by the

recommande. Mais avec les années, les choses se sont améliorées et je suis certain qu'un médecin qui veut travailler huit heures par jour seulement peut se tirer d'affaire financièrement dans une place comme ici. C'est une question de persistance et puis il y a un don de soi. On n'est pas nécessairement limité aux heures de bureau, parfois il faut les dépasser, mais il faut être prêt à cela. Je pense que la question financière ne devrait pas être un problème.

C'est que si vous êtes à Winnipeg, cependant, c'est très facile pour un médecin en pratique générale d'obtenir, disons, des investigations ou des... Le problème est, aussi, en pratique générale, après 17 heures, si tes patients sont malades, ils vont dans un « walk-in clinic » ou à l'hôpital où ils attendent des heures interminables au point qu'ils quittent l'hôpital avant même de se faire soigner. Mais pour ces médecins-là, ils n'ont pas d'inquiétude, ils savent que leurs patients vont être traités éventuellement. Ici, nous avons un système qui voit à ce que les personnes qui se montrent à l'urgence soient examinées et traitées, puis acheminées vers le médecin qui les voit d'habitude, ou vers d'autres spécialistes à Winnipeg. Nous avons maintenant un contrat spécifique qui dit que tu reçois tant d'argent pour le temps que tu passes à l'urgence, que tu aies 20 ou un patient, il n'y a pas de différence, c'est le fait d'être sur appel.

Dans le temps, quand j'étais plus jeune, on était d'appel 24 heures sur 24, mais on n'avait aucune compensation pour les heures qu'on attendait au téléphone, pour se rendre à l'hôpital ou au chevet d'un malade. Les choses à ce niveau se sont améliorées beaucoup. Alors, je ne vois pas vraiment le problème. C'est peut-être moins attrayant de venir pratiquer dans une situation rurale que de pratiquer à Winnipeg, disons, dans notre cas.

Le sénateur Chaput : Docteur Gobeil, vous venez de dire que c'est peut-être moins attrayant de venir pratiquer ici. Je pense aux gens de l'extérieur qui regardent ce qui se passe ici à Sainte-Anne dans votre clinique où vous avez, en 2008, neuf médecins. Il y a quelque chose que vous faites ici, en termes de recrutement, qui fait que vous avez tant de médecins, des plus jeunes et des un peu moins jeunes comme vous, mais vous les avez quand même, puis ils sont tous bilingues. Qu'est-ce qui fait que ces médecins-là soient venus à la clinique travailler avec vous et pour les gens de cette région? C'est quoi votre recette, d'après vous?

Dr Gobeil : La recette est, premièrement, que nous les invitons à faire des stages pour leur montrer exactement de quelle façon nous agissons. Il ne faut pas oublier que dans notre groupe, il y a une cohésion, il y a un même esprit de travail, il y a le support des autres médecins avec qui on travaille, il y a toutes ces choses-là qui font qu'on a un groupe homogène, malgré nos différences personnelles. C'est très important du fait que moi je me fais demander tous les jours : « Qu'est-ce qu'on va faire quand tu vas être parti? » Je dis : « Ce jour-là n'est pas arrivé encore. Vous traverserez le pont quand on y arrivera. » Par contre, je peux leur garantir que comme leurs dossiers sont ici, que les autres médecins se chargeront de les prendre comme patients et qu'il y en aura des nouveaux.

Je pense que nous offrons des conditions de travail assez faciles à accepter. Dans le temps, j'étais d'appel 24 heures par jour pour une semaine. Il va sans dire qu'à la fin de cette semaine-là, j'étais

end of the week. Now there are still difficult days for those who are on call, especially on long weekends where there are a lot of accidents. But at least doctors are on call for only 24 hours and then someone else takes over. There is a rotation for weekends. So people are not forced to stay home.

We try to treat everyone equally, be they francophone, anglophone, Ukrainian or anything else. I think we provide relatively comprehensive services. And then, there are people who come from Sainte-Agathe, Saint-Jean-Baptiste, Vita, Falcon Lake, Hadashville, Beauséjour, people from all those places, La Broquerie, everywhere, really, they come here and they know there is some continuity of service.

Senator Chaput: A very brief question for you, Dr. Gobeil, and then one for you madam. In terms of home care, given your experience as a doctor since the inception of home care, would you say there has been progress in the delivery of these services or a decline?

Dr. Gobeil: No, things are much better than they were at the start.

Senator Chaput: So, things are better?

Dr. Gobeil: Yes.

Senator Chaput: In terms of hours and various services, or coordination?

Dr. Gobeil: In terms of having enough people available to deliver these services.

Senator Chaput: Ms. Dorge or Mr. Curé, on the issue of volunteering, you must have had to recruit volunteers in order to offer all of these services and activities. So, how do you go about recruiting volunteers? Do you get help? Do volunteers recruit other volunteers, how does that work?

Ms. Dorge: Well, I believe that the volunteers are, really, ourselves and mainly Gérard. We have a volunteer pool. For instance, for the spring games in Sainte-Agathe, they found their own volunteers and it was fantastic, everything worked out well.

If we want volunteers for a nutrition project and they have to be paid, I think our federation will not make it.

And then last week, at our annual general meeting, we recognized approximately 40 volunteers who have worked throughout the year, either to organize a social event, or a golf tournament. So all of these things, in all organizations are done on a voluntary basis. We have radio show called *Envol 91*, every Monday morning from 9:00 to 10:00 a.m., it is a program which is specially geared to seniors.

Senator Chaput: Is it community radio?

Ms. Dorge: Community radio, hosted by volunteers, volunteers technicians, everything is done on a volunteer basis.

absolument exténué. Maintenant, il y a encore des journées difficiles pour ceux qui sont d'appel, surtout les semaines de longs congés où il y a plusieurs accidents, mais au moins, celui qui est sur appel sait qu'il ne l'est que pour 24 heures et, après, un autre prendra la relève. En fin de semaine, il y a un échange de garde. On n'est pas absolument contraints à rester chez soi.

On essaie de traiter tout le monde sur le même pied, francophones, anglophones, ukrainiens ou tout ce que vous voulez. Je pense qu'on donne un service assez complet. Il a des personnes qui viennent de Sainte-Agathe, de Saint-Jean-Baptiste, de Vita, de Faulcon Lake, qui viennent de Hadashville, de Beauséjour, il y a des personnes de toutes ces places-là, La Broquerie, un peu partout, qui viennent ici et savent qu'il y a une certaine continuité de services.

Le sénateur Chaput : Une question très brève à vous, docteur Gobeil, et ensuite à madame. En termes de soins à domicile, avec l'expérience que vous avez comme médecin, est-ce qu'il y a eu des progrès dans la livraison de ces services ou est-ce qu'on a plutôt reculé?

Dr Gobeil : Non, c'est vraiment mieux que c'était au commencement.

Le sénateur Chaput : Donc, c'est quand même mieux?

Dr Gobeil : Oui.

Le sénateur Chaput : En termes d'heures et de divers services ou de coordination?

Dr Gobeil : Pour ce qui est d'avoir assez de personnes pour rendre ces services.

Le sénateur Chaput : Madame Dorge ou monsieur Curé, concernant le bénévolat, vous avez sûrement à recruter des bénévoles pour offrir tous ces services et activités. Comment faites-vous le recrutement de bénévoles? Avez-vous de l'aide? Est-ce un bénévole qui recrute d'autres bénévoles, comment est-ce que cela fonctionne?

Mme Dorge : Je crois que les bénévoles c'est nous et puis surtout Gérard. Nous avons une banque de bénévoles. Par exemple, pour les Jeux de printemps à Sainte-Agathe, c'est sont qui ont trouvé leurs bénévoles. C'était fantastique, tout a bien marché.

Si on veut avoir des bénévoles pour un projet de nutrition et qu'il faut les payer, je crois que notre fédération. « Va prendre la rivière ».

La semaine dernière, à notre assemblée générale annuelle, nous avons reconnu environ 40 bénévoles qui ont œuvré toute l'année, en travaillant pour organiser une soirée sociale, un tournoi de golf. Toutes ces choses-là sont faites bénévolement. Nous avons un programme à la radio, *Envol 91*, tous les lundis matin de 9 à 10 heures, spécialement pour les aînés.

Le sénateur Chaput : Est-ce une radio communautaire?

Mme Dorge : Une radio communautaire qui est animée par des bénévoles, avec des techniciens bénévoles, tout est bénévole.

So as I was saying, we have a volunteer pool. They are mainly retired individuals who are waiting around and saying, "What are we going to do today? We want to do something." And they are volunteers, they are retired, so they have the time.

Senator Chaput: Do you pay for their transportation, do you give them anything or is it 100 per cent volunteer work?

Ms. Dorge: I would say 99.9 per cent volunteer work. We pay for transportation if we hold a meeting, if it is not a meeting for volunteers, but a meeting of the provincial board. So in order for them to get to the meeting, that is approximately the only compensation they get, aside from dinner. Everything else is done on a volunteer basis.

Mr. Curé: If I may add just a word, we have 18 clubs that operate and out of these I would say that in most of them there are between 7 and 10 volunteers sitting on the executive. There is a club in each town and they are all volunteers, so there is no compensation. The only ones who receive compensation are those who sit on the provincial council.

We are working on a data base, but it is very difficult because so many people move and it is difficult to keep up to date. We started working on the project this year. We have found that it is harder to find volunteers among young retirees, rather than people who are aged 65 and over, because these people do not want to become isolated. Those who retire at age 55 and who have worked for many years do not want to be stuck doing volunteer work. That might happen 10 years later. So, yes, there is a lot of volunteerism.

[English]

The Chair: Thank you to all of you for appearing here this morning. The information has been extremely useful to us.

Senators, we would normally rise, but we have a special person in the audience that I will ask to come forward. We are in a very interesting facility here; I think you saw some of that as you walked through. However, we actually have the gentleman who made this happen. He happens to be the spouse of Senator Chaput. We will ask Mr. Louis Bernardin to come and join us to tell us a little bit about the facility in which we are holding our meetings today.

Please tell us a little bit about how this facility came into being and all the wonderful things that it does?

[Translation]

Mr. Louis Bernardin, Director, Villa Youville: Madam Chair, doctors can be a big problem, and it was one which I did not want to have. When you are in charge of administering a hospital and a seniors' home, you are already dealing with so many issues that you do not want to also have problems with doctors and staff.

Comme je disais, on a une banque de bénévoles. Ce sont surtout des personnes à la retraite qui se demandent : « Qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui? On veut faire quelque chose. » Et puis ils sont bénévoles, ils sont à la retraite, alors ils ont le temps.

Le sénateur Chaput : Est-ce que vous payez leurs déplacements, est-ce que vous leur donnez quelque chose ou c'est 100 p. 100 bénévole?

Mme Dorge : Je dirais 99,9 p. 100 bénévole. On paie le déplacement si nous avons une réunion, si ce n'est pas une réunion de bénévoles, mais une réunion du conseil provincial. Pour venir à la réunion, c'est à peu près le seul dédommagement qu'ils ont, en plus d'un dîner. Tout le reste est bénévole.

M. Curé : Si je peux juste ajouter qu'on a 18 clubs qui fonctionnent et de nos 18 clubs, il y a, en majorité, je dirais, entre sept à dix personnes bénévoles qui siègent aux conseils exécutifs. Chaque localité a son club et ce sont tous des bénévoles, donc il n'y a aucune rémunération. Les seuls qui sont rémunérés ce sont les représentants qui siègent au conseil provincial.

On est en train de travailler sur une banque de données, et c'est très difficile parce qu'il y a beaucoup de gens qui déménagent, donc c'est très difficile à mettre à jour. C'est un projet qu'on a entamé cette année. On s'aperçoit que pour le bénévolat, parmi les plus jeunes retraités, c'est plus difficile que les personnes qui sont rendues à un certain âge comme les 65 et plus. C'est plus facile pour ces derniers de faire du bénévolat justement parce qu'ils veulent s'éloigner de l'isolement. Tandis que les personnes qui prennent leur retraite à 55 ans ont fait leur travail pendant X nombre d'années et quand ils arrivent à un certain âge, ne veulent plus faire du bénévolat. Cela vient peut-être dix ans plus tard. Alors oui, il y a beaucoup de bénévolat.

[Traduction]

La présidente : Merci à tous d'être venus ici ce matin. L'information nous a été extrêmement utile.

Honorables sénateurs, nous leverions normalement la séance, mais nous avons quelqu'un de spécial ici dans l'auditoire à qui je demanderais de bien vouloir se présenter à la table. Nous sommes dans un endroit fort intéressant; je pense que vous l'avez constaté en le traversant. Cependant, nous avons actuellement devant nous l'homme qui a rendu tout ceci possible. Il se trouve être l'époux du sénateur Chaput. Nous allons demander à M. Louis Bernardin de venir se joindre à nous pour nous en dire un petit peu plus long sur les installations dans lesquelles nous tenons nos réunions aujourd'hui.

Parlez-nous un peu de l'élaboration de ce centre et des choses merveilleuses qui s'y passent.

[Français]

Louis Bernardin, directeur, Villa Youville : Madame la présidente, les médecins, pour moi, c'était un gros problème que je ne voulais pas avoir, parce qu'être administrateur d'un hôpital, puis d'une maison pour personnes âgées, c'est déjà assez de problèmes que tu ne veux pas avoir des problèmes avec les

I was offered a job in Churchill, but I turned it down because the biggest problem up there was that they could not find any doctors.

I would like to go over everything which has been said because I have lived through every situation. I would like to start with Mr. Woolen Noyes, who was responsible for applying the Elderly and Infirm Persons' Act, and who was the only person with a part-time secretary. We wanted to build a retirement home, but we did not know how to go about it. So we asked Mr. Woolen Noyes to come, in his wheelchair, from Winnipeg to explain to us how things are done. Then we, the members of the Knights of Columbus committee, asked him, "What do we need?" To make a long story short, he said: "Only you and your community know what it is you need." So we took a step back and looked at the situation and decided to build 30 hostels, and attached to those, 35 motels; we call them motels, but they are actually single or double independent units.

I worked as a senior operator, a telegraph operator, with CNR, and when I was still working at the station, they put me in charge of administration at the hospital. After, they made me director of Villa Youville. I had no experience whatsoever since I was just starting in that line of work. So I took administration courses at the University of Saskatoon.

At the hostel, we had a large and very heavy front door. People began to ask questions. I was hiring people who had been approved by the nursing department to work at the hostel. So my hostel filled up, and I put seniors in the motels, in the independent living units, and I provided them with services such as meals and activities. Eventually the people living in the motels began working as volunteers with the people living in the hostel. But at one point, they did not realize that Villa Youville was an independent facility; it was "elderly subsidized," but nevertheless independent. So a man and two women came to see me without really saying what they wanted, and they began discussing with me the services we were providing. But what they really wanted to know is what my qualifications were, what entitled me to make the decisions I was making with regard to transferring people from the hostel to the independent living units. When he came in, the man noted that the door was very heavy and hard to open. In the course of our conversation, it was when he asked the question that I realized why he had come, and it was because he wanted to tell me in a nice way: "Mind your own business!" Since the independent living units were at issue, I told the man: "But you said so yourself when you came in, the first thing you told me was that it was a heavy door. So I said that the people who can push the door open go to the motels, and those who cannot open it go into nursing care." And there was nothing more they could say.

I greatly appreciate the fact that both committees have travelled across the country and addressed the issue of palliative care. But palliative care is something we normally do through the Grey Nuns. So there is really no point in my talking at length about palliative care, because those services are provided by the Grey Nuns. They are the ones who showed us what palliative care is all about, how it is administered and how to maintain that type of care.

médecins et ton personnel. On m'avait offert une job à Churchill, je ne l'ai pas prise parce que leur gros problème à Churchill était de recruter des médecins.

Je voudrais faire un survol de toutes les choses qui ont été dites, parce que je les ai toutes vécues. Je veux commencer par M. Woolen Noyes, qui était responsable du *Elderly and Infirm Persons' Act*, la seule personne qui avait une secrétaire à temps partiel. Nous autres, on voulait construire une maison pour personnes âgées, puis on ne savait pas ce dont on avait besoin. On a donc demandé à M. Woolen Noyes de venir en chaise roulante de Winnipeg pour nous parler de cela. Nous, le comité des Chevaliers de Colomb, on lui a demandé : « De quoi on a besoin? » Pour faire une histoire courte, il a dit : « Il y a seulement vous, de la communauté, qui sachez ce dont vous avez besoin. » On a pris du recul et on a décidé de bâtir 30 « hostels », puis, attachés à cela, 35 motels; on appelle cela des motels, mais ce sont des unités indépendantes, simples ou doubles.

Moi, j'étais « senior operator », « telegraph operator » sur le CNR et j'étais à la station quand ils m'ont logé comme administrateur de l'hôpital. Après, ils sont venus me chercher pour devenir le directeur de la Villa Youville. Je n'avais pas d'expérience, je commençais. J'ai donc commencé à prendre des cours à l'Université de Saskatoon en administration.

Dans notre « hostel », la porte d'entrée c'est une grosse porte pesante, et les gens ont commencé à poser des questions. Parce que moi, je prenais des gens qui étaient approuvés par le département de nursing pour hostel. Quand mon « hostel » était plein, alors je les plaçais dans les motels, dans des unités indépendantes, puis je leur donnais des services comme les repas, les activités. Ces gens-là, dans les motels, sont devenus mes bénévoles pour visiter les gens dans le « hostel ». Mais ils ne savaient pas que la Villa Youville était une maison indépendante; « elderly subsidized » mais indépendante. Alors, un monsieur et deux dames sont venus me voir, sans me ce qu'ils voulaient et ils sont venus discuter avec moi de nos services. Ce qu'ils voulaient savoir, c'est où je prenais mes compétences pour prendre les décisions et prendre du monde du « hostel », puis les mettre dans des unités indépendantes? Le monsieur, en rentrant, avait fait la remarque que la porte était pas mal pesante à ouvrir. Quand la question a été posée, j'ai su pourquoi il était venu me voir : c'est parce qu'il voulait me dire « in a nice way » : « Mêlé-toi de tes affaires! » Il a suffi que soit une maison indépendante, et j'ai dit au monsieur : « Mais c'est toi qui l'as dit tout à l'heure, en rentrant, que la porte était pesante. J'ai dit : « Ceux qui peuvent ouvrir la porte, ils vont dans les motels; puis ceux qui ne peuvent pas ouvrir la porte, ils vont dans le nursing. » Alors, cela été réglé avec eux autres.

J'ai beaucoup apprécié les deux comités, d'un bout à l'autre. Vous avez beaucoup parlé sur les soins palliatifs. Mais cela, on l'a facilement avec les soeurs grises. Ce qui fait que cela ne me donne rien de vous en parler plus longuement, parce que les soins palliatifs sont venus avec les soeurs grises. Elles nous ont montré ce qu'étaient les soins palliatifs, comment on faisait ça, puis nous avons continué.

I heard you talk about “day care” and “caregivers and all that.” We provide “day care” without anyone’s approval simply because people need it. What we did was we brought people to the villa and integrated them into the villa’s programs. The only problem we had was that they were treated so well here, and there was no one at home to look after them, that they did not want to go home again. We had a facility in Hadashville, which was more or less a private residence for Ukrainians, but in the summertime, the woman who ran that facility was so overworked that we took in the really serious cases, namely level 3 residents, and we kept them for two weeks. But the same thing happened with them; they did not want to go back. This was happening outside of the MHSE Manitoba Health Commission, and we were not allowed to operate that way.

I heard all kinds of things about home care. I agree with Dr. Gobeil, who said that home care services were just as good. I did not know that, but I know that in the 1980s, home care services were drastically cut back, and I thought that was terrible because it is the right way to go if you want to save money, quite simply, and to encourage people to stay in their homes as long as possible.

The level of care was also discussed. There are accreditation programs which dictate the standard of care in a given facility. There are also agreements across the country, which set benchmarks by which to measure and compare the services we provide to our patients.

Dementia is certainly a major problem in seniors’ homes such as ours, especially at the beginning. For your information, the hostel is the first level of nursing care, but there are three other ones over and above that. Sometimes in the span of a few months, the condition of our residents deteriorated, and they went from a level 2 to a level 3, and then to a level 4, and we had to put hooks on the exit doors to prevent people from getting out at night. We had to secure the doors, especially in winter. We managed to catch some residents who had made their way outside; they had a bad habit, especially the men, of going outside to pee in the bushes. You know, we are dealing with a generation which was fairly poor. Where we grew up, not only were people poor, but they were not very educated, and so these are people who needed a lot of attention, much more attention than people would nowadays. I can imagine that future generations will be easier to look after.

Let me continue to talk about dementia; there was a woman, Ms. Mettai, who lived her whole life in Winnipeg, she was a francophone who had married an anglophone, and had lived her entire life in English. But when the time came to put her in a home, they looked for a francophone one, and we were the only one, which meant that they had to move her to Ste. Anne. The lady was very forgetful; you know, she had all the symptoms of dementia. She eventually came into some money, and so under the Public Cost Fee program, she saw a doctor who assessed her. This doctor declared that she was insane and unable to manage her own affairs. When I heard about this, my first reaction was that I was furious because they came in through the back door, assessed one of my residents without even informing me of the fact. But they had conveniently forgotten that I was running a

Je vous ai entendus parler de « day care », puis de « care givers and all that ». Nous autres, le « day care », on le faisait sans approbation de personne, parce qu’il y avait des gens qui en avaient besoin. On les faisait venir à la villa, puis on les intégrait dans les programmes existants. Le seul problème, c’est qu’ils étaient tellement bien servis, puis à la maison ils n’avaient tellement pas d’aide, qu’ils voulaient pas les ramener chez eux. On avait une maison à Hadashville qui était un peu un foyer privé pour les Ukrainiens, puis en été, la femme qui avait soin de cette maison-là était tellement surchargée, qu’on prenait des résidents vraiment pesants, « level 3 », et puis on les gardait pour deux semaines. Mais eux aussi c’était pareil, ils ne voulaient pas les reprendre. Cela se faisait en dehors du MHSE Manitoba Health’s Commission, on ne pouvait pas faire ça.

J’ai entendu des commentaires sur les soins à domicile. Je suis d’accord avec Dr Gobeil qui a dit que les services de « home care » étaient aussi bien. Je sais que dans les années 1980, ils avaient coupé pas mal le service à domicile. Je trouvais cela déplorable parce que c’est vraiment la route à prendre pour ne pas que ça coûte trop cher, tout simplement, encourager les gens à rester chez eux aussi longtemps que possible.

Il a été question du « level of care ». Il y a les programmes d’accréditation qui dictent la condition des services dans une facilité quelconque, le programme d’ententes est à travers le pays, cela fait qu’on pourrait se fier là-dessus pour mesurer et comparer les services donnés à nos patients.

La démence est certainement un gros problème dans les foyers comme les nôtres, surtout au commencement. Parce que vous savez, « hostel », c’est le premier niveau au nursing et il y en a trois autres après. En quelques mois, nos résidents déprimaient puis arrivaient à des « 2 », puis des « 3 », puis des « 4 ». Des fois, on était obligés de mettre des crochets aux portes de sortie parce qu’on ne pouvait pas laisser le monde se promener toute la nuit, on ne pouvait pas laisser les portes libres, surtout en hiver. On en a attrapé plusieurs dehors, ils avaient une mauvaise habitude, surtout les hommes, ils ouvraient la porte, il y a une talle de branches là, puis ils allaient uriner en dessous. Vous savez, on avait affaire à une génération qui était pauvre. Parce que chez nous, on avait non seulement la pauvreté, mais aussi un taux d’éducation qui était bas, ce sont des gens qui avaient besoin d’attention, beaucoup qu’aujourd’hui. J’imagine que les générations à venir vont être plus faciles à soigner.

Je vais vous parler encore de la démence; il y avait une dame, Mme Mettai, qui a vécu toute sa vie à Winnipeg. Elle était francophone, elle a marié un Anglais et elle a vécu toute sa vie en anglais. Quand ils ont voulu la placer, ils ont cherché pour une maison française et on était la seule, alors l’ont ramenée à Sainte-Anne. La dame oubliait; vous savez, elle avait tous les signes de démence. Finalement, elle avait quelques piastres, ce qui fait que le programme « Public Cost Fee » a été invité à envoyer un médecin pour faire son évaluation. Le médecin l’a déclarée folle, pas capable de gérer ses affaires personnelles. Quand j’ai su cela, j’étais vraiment fâché pour la simple raison qu’ils sont rentrés par la porte d’en arrière pour évaluer un de mes résidents sans m’en parler. Ils avaient déjà oublié que c’était une maison privée et qu’ils ne pouvaient pas faire cela. Alors, j’ai fait venir un

private facility and that they had no right to do what they did. So I brought in a psychiatrist from St. Boniface, a francophone, who reversed the first doctor's diagnosis. This shows that language is extremely important. As you grow older, you really go back to the person you used to be.

[English]

That is a quick overview of the comments that were made here today.

[Translation]

I do not know if you have any questions. You know, that has been my experience throughout my entire life. And I hesitated, even today, to come before you, because —

[English]

There is another comment I would like to make. As a matter of fact, I am adding a room to our house so that we can look after one another when we get there. The last place that you want to be is in a nursing home.

The Chair: Yes, but it is important for those who must come to nursing homes that they have facilities such as this one where they feel comfortable in the language that is their first language, that the people that are treating them are treating them in a way which is respectful to that. Ste. Anne is very fortunate to have this facility, and we thank you, Mr. Bernardin, for being part of making that happen.

The committee adjourned.

STE ANNE, MANITOBA, Monday, June 2, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (Chair) in the chair.

[English]

The Chair: Honourable senators, members of the public, I want to welcome you to the meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. We are here in Ste Anne this afternoon to hear from interested parties on the impacts of an aging society, and more specifically to hear their views on our second interim report tabled in the Senate on March 11. We look forward to this afternoon's testimony, as it will no doubt help us in our deliberations for our final report.

Appearing before us this afternoon, we have the pleasure to welcome Jim Wolfe, Manitoba Regional Director, Health Canada, and Dennis Sinclair, Program Manager, Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg.

psychiatre de Saint-Boniface, un francophone, et il a renversé la situation. Cela démontre que la langue, c'est très important. En vieillissant, tu redeviens ce que tu étais.

[Traduction]

Voici un bref aperçu des observations qui ont été faites ici aujourd'hui.

[Français]

Je ne sais pas si vous avez des questions. Vous savez, moi j'ai vécu cela toute ma vie. J'hésitais à venir aujourd'hui, pour la simple raison...

[Traduction]

Je voudrais dire autre chose. En fait, j'ajoute actuellement une pièce à notre maison pour que nous puissions prendre soin l'un de l'autre lorsque nous serons rendus là. Les maisons de retraite sont vraiment la dernière option.

La présidente : Oui, mais il ne faut pas oublier que pour ceux qui doivent aller en maison de retraite, il existe des installations comme celles-ci où ils peuvent se sentir à l'aise et utiliser leur langue maternelle, qu'il y a des gens qui s'occupent d'eux de façon respectueuse. Sainte-Anne a beaucoup de chance d'avoir ces installations, et nous vous remercions, monsieur Bernardin, pour votre contribution.

La séance est levée.

SAINTE-ANNE, MANITOBA, le lundi 2 juin 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit à 13 heures pour examiner, afin d'en faire rapport, les incidences du vieillissement sur la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (présidente) occupe le fauteuil.

[Traduction]

La présidente : Honorables sénateurs, chers membres de l'auditoire, je vous souhaite la bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Notre comité a été chargé d'examiner les incidences du vieillissement sur la société canadienne. Nous nous trouvons à Sainte-Anne pour recueillir le point de vue de parties prenantes sur les répercussions d'une société vieillissante et plus particulièrement pour entendre ce que ces personnes ont à nous dire au sujet de notre rapport intérimaire qui a été déposé au Sénat le 11 mars. Nous avons hâte d'entendre les témoignages de cet après-midi qui nous aideront très certainement dans le courant de nos délibérations en préparation du rapport final.

Cet après-midi, nous avons le plaisir d'accueillir Jim Wolfe, directeur régional pour le Manitoba à Santé Canada, et Dennis Sinclair, gestionnaire de programme au Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg.

We are also expecting Thelma Meade, Executive Director, Aboriginal Seniors Resource Centre of Winnipeg, but she has not joined us yet. I am going to start with the two presenters that we have, and then if Ms Meade is able to join us, then we will deal with her.

Mr. Wolfe, if you have an opening statement, let us begin with you.

Jim Wolfe, Regional Director, Manitoba, Health Canada: Good afternoon. I want to thank the committee for the opportunity to speak with you today, to inform you of our work in the Manitoba region.

Health Canada's First Nations Inuit Health Program funds the delivery of community-based health promotion and disease prevention in First Nations communities. Nurses employed by Health Canada provide primary healthcare services at 22 nursing stations in Manitoba. There are two federally run hospitals located in Peguis and Norway House. In Manitoba, there are 26 health offices, 10 health centres and four National Native Alcohol and Drug Abuse Treatment Centres.

Health Canada works closely with First Nations organizations including the Assembly of Manitoba Chiefs, Southern Chiefs Organization, Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin, the tribal councils and First Nations communities to deliver our mandate. Together with First Nations organizations and communities, we carry out many activities aimed at helping people stay healthy, prevent chronic and contagious diseases.

In Manitoba, there are approximately 125,000 First Nations individuals located on and off reserve. Approximately half, or 51 per cent of the on-reserve population, lives in remote and isolated communities with no road access.

As of December 2007, about 10 per cent of the total First Nations population in Manitoba, or 12,000 individuals, were aged 55 or older. Approximately 6,500 live on reserve and 5,500 live off reserve.

Health Canada's First Nations and Inuit Health Program provides First Nations people living on or off-reserve with health benefits which are not insured by provincial healthcare, such as prescription drugs, eyeglasses dental care and medical transportation. In the Manitoba region, this program serves approximately 125,000 eligible First Nations and Inuit, of whom 9.4 per cent are 55 or older. In Manitoba, we provide approximately \$170 million annually in benefits.

The Home and Community Care program is designed to involve First Nations and Inuit communities directly in planning, implementing, and delivering home and community care services. It provides: homecare nursing services; home support personal

Nous attendons Thelma Meade, directrice générale au Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg, qui n'est pas encore arrivée. Je vais donner la parole aux deux premiers témoins et je la céderai ensuite à Mme Meade si elle parvient à se joindre à nous.

Monsieur Wolfe, je vous cède le micro pour une éventuelle déclaration d'ouverture.

Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba, Santé Canada : Bonjour. Je tiens à remercier le comité de me donner l'occasion de prendre la parole aujourd'hui afin de l'informer du travail que nous effectuons dans la région du Manitoba.

Le Programme de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada finance la prestation de services communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les communautés de Premières nations. Au Manitoba, le personnel infirmier à l'emploi de Santé Canada fournit des services de soins primaires dans 22 postes de soins infirmiers auxquels il faut ajouter deux hôpitaux fédéraux, qui sont situés à Peguis et à Norway House. De plus, on trouve 26 bureaux de santé, dix centres de santé et quatre centres de traitement du Programme de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues.

Santé Canada travaille en étroite collaboration avec les organisations des Premières nations, notamment l'Assemblée des Premières Nations, la Southern Chiefs Organization, le Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin, les conseils tribaux et les communautés des Premières nations, en vue de la réalisation de son mandat. De concert avec les organisations et les communautés de Premières nations, nous remplissons de nombreuses fonctions qui ont pour objet d'aider les gens à rester en santé et de prévenir les maladies chroniques ou contagieuses.

Au Manitoba, quelque 125 000 membres de Premières nations vivent dans les réserves et hors réserve. Environ 51 p. 100 de la population des réserves vit dans des communautés isolées et éloignées auxquelles on ne peut pas accéder par la route.

Au mois de décembre 2007, environ 10 p. 100 de la population totale des Premières nations du Manitoba, soit 12 000 personnes, était âgée de 55 ans ou plus. Environ 6 500 de ces personnes vivent dans des réserves et 5 500 hors réserve.

Le Programme de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada fournit aux membres des Premières nations vivant dans des réserves ou hors réserve des prestations de santé qui ne sont pas couvertes par les régimes provinciaux, comme les médicaments vendus sur ordonnance, les lunettes, les soins dentaires et le transport pour raisons médicales. Au Manitoba, ce programme dessert environ 125 000 membres des Premières nations et Inuits admissibles, dont 9,4 p. 100 ont 55 ans ou plus. Chaque année, nous fournissons des services d'une valeur approximative de 170 millions de dollars en prestations diverses.

Le Programme des soins à domicile et en milieu communautaire vise à faire en sorte que les communautés de Premières nations et les communautés inuites participent directement à la planification, à la mise en œuvre et à la prestation

care services, a complement to INAC's assisted living program; short term in-house respite care; and access to medical equipment and supplies.

If these essential elements are in place and the community has sufficient resources to address other local home and community care service gaps, they are encouraged to do so. These may include such services as meal programs, adult day programs, foot care and home-based palliative care.

Our annual regional budget for home and community care for First Nations in the Manitoba region is approximately \$16 million. In fiscal year 2006-07, approximately 67 per cent of First Nations clients accessing this program were 55 or older.

Regional staff works collaboratively with First Nations in examining ways to improve service delivery. Consultation with First Nations in Manitoba has shown that there is a need for better access to rehabilitative therapies as well as for day programs, long-term care facilities, palliative care, mental healthcare, and nutritional counselling. It has also shown a need for: greater flexibility in service plan delivery, that is, on the weekends and evenings; more education and training for workers; better discharge planning; increased regional capital funding; improved transportation options; and the resolution of jurisdictional issues.

As in other regions, attracting and retaining qualified home care professionals and workers is a challenge that is underscored in First Nations and Inuit communities by location, lack of professional support, and often part-time work.

Communities also receive Indian and Northern Affairs funding for their Assisted Living Program. Many communities have coordinated management of these federal home care programs. Additionally, communities would benefit from further coordination with provincially funded health services.

The challenge of coordinating federally and provincially funded health services on reserves is being addressed by Health Canada, in part, through its Aboriginal Health Transition Fund. This fund has a dual purpose. First, it aims to support the First Nations and Inuit communities in improving the integration of existing federally funded health systems within First Nations and Inuit communities with provincial and territorial health systems. Second, it assists provinces and territories in adapting their existing health services to better meet the needs of all Aboriginal peoples.

des services de soins à domicile et en milieu communautaire. Ce programme offre des services de soins infirmiers à domicile, un programme de soutien à domicile qui s'inscrit en complément du Programme d'aide à la vie autonome d'AINC, des soins de relève de courte durée à domicile et l'accès à des fournitures et à de l'équipement médicaux.

Une fois que ces éléments de services essentiels sont en place et que la communauté a suffisamment de ressources pour s'attaquer à d'autres lacunes des services de soins à domicile et en milieu communautaire, celle-ci est encouragée à le faire. Il peut s'agir notamment de programmes de repas, de programmes de jour pour adultes, de soins de podologie et de soins palliatifs à domicile.

Notre budget régional pour les soins à domicile et en milieu communautaire offerts aux Premières nations est d'environ 16 millions de dollars. En 2006-2007, quelque 67 p. 100 des clients des Premières nations qui ont fait appel à ce programme étaient âgés d'au moins 55 ans.

Le personnel régional travaille en collaboration avec les Premières nations afin d'améliorer la prestation des services. Les consultations menées avec les Premières nations du Manitoba ont fait ressortir la nécessité d'améliorer l'accès à des soins de réadaptation ainsi qu'à des programmes de jour, à des établissements de santé de longue durée, à des soins nutritionnels, à des soins de santé mentale et à des consultations nutritionnelles. On a également constaté qu'il était nécessaire d'offrir des services plus souples, de favoriser l'accès des intervenants à l'éducation et à la formation, de mieux planifier les congés, d'augmenter le financement des immobilisations, d'améliorer les possibilités de transport et de résoudre les questions liées aux champs de compétence.

Comme dans d'autres régions, il est difficile d'attirer et de retenir au Manitoba des travailleurs et des professionnels qui ont les compétences requises pour fournir des soins à domicile, particulièrement en raison de la situation géographique des communautés, de l'absence de soutien professionnel et, souvent, du recours au travail à temps partiel.

Les communautés reçoivent également des fonds d'Affaires indiennes et du Nord Canada dans le cadre du Programme d'aide à la vie autonome. De nombreuses communautés ont coordonné la gestion de ces programmes fédéraux. Les communautés tireraient également profit d'une coordination accrue avec les services de santé provinciaux.

Grâce au Fonds de transition pour la santé des Autochtones, Santé Canada remédie en partie aux problèmes de coordination des services de santé financés par des sources fédérales et provinciales. L'objectif de ce fonds est double. Il vise, d'une part, à aider les communautés de Premières nations et les Inuits à améliorer l'intégration des services de santé subventionnés par le gouvernement fédéral dans les communautés de Premières nations et des Inuits aux services de santé provinciaux et territoriaux et, d'autre part, à aider les provinces et les territoires à adapter leurs services de santé pour qu'ils répondent mieux aux besoins de tous les peuples autochtones.

Health Canada has invested over \$19 million in Manitoba projects to support coordination, integration and adaptation of health services with provincial health services.

Other integrated models for client care are being examined by the First Nations and Inuit Health Program in Manitoba Region. Many First Nations clients admitted to hospitals in Winnipeg were being discharged without a formalized hospital care program assessment. In response to the lack of coordinated discharge planning, the Manitoba Home Care Program, in collaboration with the Winnipeg Regional Health Authority has established a formalized Home Care discharge planning process for clients returning to their home communities. This process has improved planning between hospital and community, resulting in improved client services and outcomes.

Health Canada will be collaborating with the remaining regional health authorities to improve communication and establish procedures.

At a national level, the Government of Canada and First Nations and Inuit Health organizations have undertaken research to gain better understanding of existing home and facility based continuing care services in First Nations and Inuit communities.

A National Joint Working Group is reviewing recommendations, developing a continuing care policy framework, and preparing an options analysis paper to support decision-making.

Health Canada will continue to help advance elder care through its program mandate in collaboration with other federal and provincial departments and our First Nations partners.

Thank you for inviting me to present to you today. I welcome any questions

Dennis Sinclair, Program Manager, Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg: Good day, my name is Dennis Sinclair. I am the program manager at the Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg. I do want to thank you for the invitation to speak today. What I can offer you is a look from the front lines.

We work directly with a lot of elders, Aboriginal elders in the community in Winnipeg, mostly from the inner city. We all know there are numerous problems and issues, in particular, health issues and economics.

In working with elders through various programs, we find a lot of the biggest concerns, aside from economics, are about literacy. Residential school systems have ravaged the Aboriginal community for many years, with effects we are still seeing today. Winnipeg's growing inner-city crime rate is, I think, very indicative of some of the trickle-down effect from this.

Santé Canada a investi plus de 19 millions de dollars au Manitoba dans des projets visant à favoriser la coordination des services de santé avec ceux qui sont financés par les provinces ainsi que leur intégration et leur adaptation.

Le Programme de la santé des Premières nations et des Inuits de la région du Manitoba examine d'autres modèles de soins. Nombre de clients de Premières nations, admis dans les hôpitaux de Winnipeg, ont reçu leur congé sans que leurs besoins en soins à domicile aient été évalués en bonne et due forme à l'hôpital. En l'absence d'une planification coordonnée des congés, le Programme de soins à domicile du Manitoba, en collaboration avec l'office régional de la santé de Winnipeg, a mis en place un processus systématique de planification des congés des clients qui retournent dans leur communauté de résidence. Ce processus a amélioré la planification entre l'hôpital et la communauté et a entraîné l'amélioration des résultats pour la clientèle.

Santé Canada collaborera avec les autres autorités sanitaires régionales en vue d'améliorer la communication et de mettre en place des procédures.

Sur le plan national, le gouvernement du Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits ont entrepris des recherches afin de se faire une meilleure idée des services de soins continus offerts à domicile et en établissement dans les communautés des Premières nations et des Inuits.

Un Groupe de travail national mixte examine les recommandations, élabore un cadre d'action concernant les soins continus et rédige une analyse des options qui appuiera la prise des décisions.

Santé Canada poursuivra ses efforts en vue d'améliorer les soins aux aînés dans le cadre de notre mandat et en collaboration avec d'autres ministères provinciaux et fédéraux ainsi que nos partenaires des Premières nations.

Je vous remercie de m'avoir invité à prendre la parole devant vous. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Dennis Sinclair, gestionnaire de programme, Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg : Bonjour, je m'appelle Dennis Sinclair. Je suis gestionnaire de programme au Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg. Je tiens à vous remercier de m'avoir invité à prendre la parole devant vous aujourd'hui afin de vous présenter le point de vue des tranchées.

Nous travaillons au contact direct d'un grand nombre d'aînés, notamment d'aînés autochtones à Winnipeg dont la plupart vivent au centre-ville. Nous savons tous que ces personnes sont aux prises avec de très nombreux problèmes de santé et financiers.

Pour avoir travaillé au contact des aînés par le truchement de nos différents programmes, nous avons constaté que, outre l'aspect économique, c'est l'analphabétisme qui constitue le plus gros problème. Pendant de trop nombreuses années, le système des écoles résidentielles a fait des ravages dans la communauté autochtone et leurs effets se font encore sentir aujourd'hui. Le taux de criminalité croissant au centre-ville de Winnipeg est, quant à moi, indicatif des conséquences de ce phénomène.

Let me tell you some of the problems that the elders have brought up. Transportation issues. You have a growing elderly population that cannot readily access different programs and different services for various mobility issues. There is a strong sense of isolation. For a lot of these folks, the biggest thing is to get to the Friendship Centre on a Thursday for lunch. You will have a group of 15 or 20 that regularly meet, and that is their day out, that is their fun day. But other than that, a lot of the time they are stuck indoors, especially during the winter months. This also leads to bullying and abuse.

Second, we have a growing problem with our youth, and neglect or disrespect towards elders. I know a lot of our community members are afraid to leave their houses. Never mind accessibility and mobility issues: just leaving their houses and walking down the street could be at times life threatening or a very scary proposition for them, due to the crime in the city. The area from which a lot of our clients come is the Lord Selkirk development area. Bullying and abuse can come from anywhere, including from family members. In a lot of instances, we find elders' children are forcing them into spending their money on the children's needs instead of their own, whether the income is from welfare cheques or old age, or pension cheques.

We are also finding an increasing number of elders actively participating in raising children. This leads causes a problem because of the gap in age. If you have someone over 65 plus raising a child who is 10 years and under, or a young teenager, the elder is having to work in a whole new world. Unfortunately, with technology and information readily available to children, a lot of the time, elders are not able to take a strong position. For whichever reason, many elders are scared of the new technologies and the Internet, and of accessing information in these ways.

A third issue that is raised is health and nutrition. Type two diabetes is a major problem in the Aboriginal community. We have an elder population that in general has lower literacy levels. Therefore, when they have papers to deal with, a lot of them will not understand what they are filling out, or what they need to do, or where they need to go. Again, this is what we have from those who come by the centre.

It is tough to get time to see a doctor if you have an elder who has a difficulty with mobility: there may be a Handi-Transit, but the overall process is very difficult. We can see those struggles when they come to the centre, and you hear them talking, and just sit and talk with them. If they miss an appointment for whatever reason, they cannot get back in for another month or two. It is very difficult, and there is a sense of "who cares." You have a

Permettez-moi de vous relater certains des problèmes que nous ont mentionnés les aînés. Vient d'abord celui du transport. Nous nous trouvons aux prises avec une population vieillissante de plus en plus importante qui n'a pas facilement accès aux différents programmes et services qui leur sont offert à cause de difficultés de mobilité. Les aînés se sentent très isolées. Pour beaucoup, l'événement important de la semaine consiste à se rendre au centre d'amitié le jeudi pour y prendre le repas de midi. Ils sont ainsi 15 ou 20 à se rencontrer régulièrement pour leur jour de sortie, pour leur jour de loisirs. Sinon, ces personnes demeurent enfermées chez elles la plupart du temps, surtout durant les mois d'hiver. Cette situation donne également lieu à des cas d'intimidation et de violence.

Deuxièmement, nous sommes confrontés au problème croissant de la négligence et du manque de respect des jeunes envers les aînés. Je sais, par exemple, qu'un grand nombre des membres de notre collectivité appréhendent de sortir de chez eux. Ce ne sont plus les problèmes d'accessibilité et de mobilité qui les préoccupent, mais le simple fait de quitter leur domicile et de marcher dans la rue parce qu'ils pourraient se retrouver en situation de danger, même très grave, à cause de la criminalité en ville. Un grand nombre de nos clients viennent du secteur en développement Lord Selkirk. L'intimidation et la violence peuvent venir de n'importe où, même des membres de la famille. Dans bien des cas, on se rend compte que ce sont les enfants de ces aînés qui les obligent à dépenser leur argent pour combler les besoins des enfants plutôt que les leurs, que leur revenu se présente sous la forme de prestations de l'aide sociale, d'allocations de vieillesse ou d'un chèque de pension.

Nous constatons également qu'un nombre croissant d'aînés prennent une part active à l'éducation de leurs petits-enfants. Le problème à cet égard réside dans la différence d'âge entre ces deux générations. La personne de 65 ans ou plus qui s'occupe d'un enfant âgé de dix ans ou moins, ou d'un jeune adolescent, a beaucoup de difficulté à évoluer dans l'univers moderne qui lui est imposé. Malheureusement, les personnes âgées ne sont pas en mesure d'adopter une position d'autorité à cause de tous les moyens technologiques et d'information mis à la disposition des enfants. Pour une raison ou une autre, un grand nombre d'aînés ont peur des nouvelles technologies comme l'Internet ainsi que de l'accès à l'information par ces moyens.

Le troisième problème est celui de la santé et de la nutrition. Le diabète de type II est un grave problème dans la communauté autochtone. En règle générale, le niveau d'alphabétisme des aînés est inférieur à ce qu'il est dans le reste de la population. Cela étant, dès que ces personnes doivent remplir des papiers, elles ne comprennent pas vraiment ce qu'il faut faire, ni ce qu'on attend d'elles et où elles doivent se rendre. C'est ce que nous apprenons des personnes qui viennent au centre.

Il est difficile, pour un adulte, de trouver le temps nécessaire pour accompagner une personne âgée à mobilité réduite chez le médecin : il y a bien Handi-Transit, mais la procédure à suivre est très difficile. Nous voyons bien à quel point tout cela est difficile pour les aînés qui fréquentent le centre. Il suffit de les écouter, de s'asseoir avec eux et de leur parler. S'ils ratent un rendez-vous pour une raison quelconque, il leur faut attendre un autre mois,

sense of defeat. When there is an obstacle, a lot the of time they will just sit back and take it on the chin. Because there are not a lot of services directly for those inner city folks.

Back to literacy. Any paperwork, even when it was filling out the residential schools reparations application forms, we would have them coming, and we would be doing the paperwork for them because they could not comprehend or identify the simple necessities. When they have to access government services or government funding, and they are given a lot of legalese, again, that sense of defeatism comes in. A lot of our Aboriginal community shy away, unless there is somebody there to help them.

Luckily, we are able to help. We have funding enough to be able to staff, to put this in place. But I know a lot of organizations have limited funding, so staff participation is limited in how they are able to help the elders in the community.

Really, aside from basic transportation, isolation, bullying or abuse, health and nutrition, and literacy issues, we just find a strong need to be heard. And that is what our elders that access our centre are really looking for.

Thank you very much. Again, any questions, I am open and available.

The Chair: Thank you, Mr. Sinclair. And now Ms Meade, who is of course representing Aboriginal Seniors Resource Centre of Winnipeg.

Thelma Meade, Executive Director, Aboriginal Seniors Resource Centre (Winnipeg): I am Thelma Meade and I am the director of the Aboriginal Seniors Resource Centre in Winnipeg, the first Aboriginal senior resource centre in Manitoba. We are very excited to be running it. It is not a very big place, but at this time it is doing quite an adequate job for our seniors of Winnipeg.

ASRC, Aboriginal Senior Resource Centre, is the only one in Manitoba and Winnipeg. We just completed a focus group in every area of the city, north end, west end, St. Boniface, hoping to find ways to expand the membership of our organization. The results show our membership is pretty happy with the programs. Any additional programs need additional staff and additional money, so that is where we are. We are very excited that we know which areas have a high number of Aboriginal people. We would like to get them to our centre, but one of the things that we are worried about is the impact of a large influx of people, so that we would not have the resources to serve them.

voire deux pour en obtenir un autre. C'est très difficile et les gens ont l'impression que tout le monde s'en fiche. Ils sont déçus. Face à un obstacle, il leur arrive souvent de figer et d'attendre. Tout cela, parce qu'il n'existe pas beaucoup de services qui s'adressent spécifiquement aux résidents du centre-ville.

Revenons-en au problème de l'analphabétisme. Il nous a toujours fallu faire venir les aînés au centre afin de remplir pour eux toute la paperasserie nécessaire, parce qu'ils ne comprennent pas les exigences les plus simples ou ne parviennent pas à les décoder, et cela même dans le cas des formulaires de demande de dédommagement s'adressant aux anciens élèves d'écoles résidentielles. Quand ils doivent accéder à des services ou à des fonds du gouvernement et qu'on les soumet à un bombardement de termes juridiques, ils se sentent anéantis. Beaucoup d'Autochtones sont effarouchés à l'idée de remplir des papiers, à moins que quelqu'un ne soit là pour les y aider.

Heureusement que nous pouvons le faire. Nous avons un budget suffisant qui nous permet de rémunérer un personnel pour cela. Cependant, je connais beaucoup d'organisations qui ont moins d'argent que nous et dont le personnel est limité dans sa capacité d'aider les aînés de la collectivité.

Par delà leurs besoins de transport de base, leur isolement, l'intimidation ou la violence dont ils sont l'objet, leur santé et leur alimentation, de même que l'analphabétisme, on se rend compte que ces gens-là ont surtout besoin d'être écoutés. C'est précisément ce que recherchent les aînés qui fréquentent notre centre.

Merci beaucoup. Encore une fois, si vous avez des questions, je suis prêt à y répondre.

La présidente : Merci, monsieur Sinclair. Nous allons maintenant passer à Mme Meade, qui représente le Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg.

Thelma Meade, directrice générale, Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg : Je m'appelle Thelma Meade et je suis directrice du Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg, qui est le premier centre de ressources pour aînés autochtones au Manitoba. Nous sommes passionnés par ce projet. Le centre n'est pas très grand, mais il convient tout à fait pour nos aînés de Winnipeg.

Le Centre de services aux aînés autochtones, ou CSAA, est le seul du genre au Manitoba et à Winnipeg. Nous venons juste de terminer une étude avec des groupes de discussion dans les différents secteurs de la ville, dans le nord, dans l'ouest et à Saint-Boniface, parce que nous espérons augmenter le nombre de membres de notre organisation. Les résultats de cette étude montrent que nos membres sont très satisfaits des programmes offerts. Tout programme additionnel nécessitera l'embauche d'un personnel supplémentaire et des fonds additionnels et c'est précisément là où nous en sommes. Nous sommes emballés de savoir où se trouve la plus importante population d'Autochtones. Nous aimerions l'attirer à notre centre, mais nous redoutons les répercussions d'un éventuel afflux massif parce que nous n'avons pas les ressources nécessaires.

There is an increase in the number of Aboriginals moving to the city, because of lack of health services and hospitals, particularly in remote areas. Even as close as the southern area here, Pine Falls still has a hard time accommodating people. Just as in Winnipeg, they are faced with the problem of mobility, the ability to go back and forth to their medical appointments at these hospitals. Many of them live quite a distance away. If there are more Aboriginal seniors coming into Winnipeg, then we are going to need to expand and we are going to need a lot more funds to be able to provide assistance or provide the services to these people.

Another area I want to raise is seniors working past 65. Seniors, particularly Aboriginal seniors, need to work past 65, if they have the skills and qualifications. I am a senior myself, and if I quit working right now, I would have difficulty in meeting my living costs because rent and food and gas and transportation are getting much more expensive than even two or three years ago. Aboriginal seniors have to be allowed to continue to work past 65 because the cost of everything is going up, but the OAS is not going up at all.

That is a difficulty. The cost of living is going up and the economy is strong, and yet there is nothing that will support seniors, particularly our Aboriginal senior women. Many of the women did not work for 25 years. Therefore, all they are going to rely on is their CPP, if they have any, and the OAS. That is such limited income to live on, it is almost scary.

Building healthy activity is also a concern. Seniors are living longer, including aboriginal seniors. That is why our ASRC resource centre needs to be supported.

Since the last time I talked about this, we have learned how programs could work well with Aboriginal seniors. Because when we first came to the Kekinan housing centre, I was a bit discouraged thinking, how am I going to get these seniors, the seniors within Winnipeg, out to do things and get them away from being shut-in the way they were. We had to get them away from thinking that their health was so bad, and they did not have skills so they could not contribute anything. The self-esteem, the self pride of our Aboriginal seniors was quite low.

Now we have a bit of money to work with, not much. We are only two and a half staff. We have managed to establish programs such as a sewing club, and arts and crafts, and story telling. Now we can see that from these programs we started since the last time I talked about support, that there is there is a big difference. Our Aboriginal seniors now feel like they are contributing, that they are doing something and are still valuable.

Story telling: We are going to write a book, and we are looking for funds from all over. We are going to write a book so we can retain and maintain the history of the Aboriginal seniors, Aboriginal people. Again, they can see a bit of light that they can still contribute and do something for Canada.

De plus en plus d'Autochtones déménagent à Winnipeg parce qu'il n'y a pas de services de santé ni d'hôpitaux dans les régions éloignées. Même dans le secteur sud, à Pine Falls, il est très difficile d'offrir les services nécessaires à ces gens-là. Tout comme à Winnipeg, il y a des problèmes de mobilité, parce que les Autochtones ont de la difficulté à se rendre à des rendez-vous médicaux dans les hôpitaux. Beaucoup habitent loin. Si davantage d'ainés autochtones déménagent à Winnipeg, nous devons étendre nos services et nous aurons besoin de beaucoup plus d'argent pour les aider ou pour offrir les services nécessaires.

Je veux également parler de la situation des aînés qui travaillent après 65 ans. Les aînés en général, mais surtout les aînés autochtones, doivent travailler après 65 ans à condition qu'ils aient les compétences et les qualifications nécessaires. Je suis une aînée moi-même et si je devais m'arrêter de travailler maintenant, j'aurais de la difficulté à joindre les deux bouts à cause des prix du loyer, de la nourriture, de l'essence et des transports qui sont nettement plus élevés qu'il y deux ou trois ans. Il faut permettre aux aînés autochtones de continuer de travailler après 65 ans parce que tout augmente, sauf la Sécurité de la vieillesse.

Il est là le problème. Le coût de la vie augmente et l'économie se porte bien, mais il n'existe aucun programme permettant de soutenir les personnes âgées, surtout les aînées autochtones. Beaucoup de femmes n'ont pas travaillé 25 ans. Ce faisant, elles ne peuvent compter que sur un chèque du RPC, si elles en ont un, et sur la SV. Leur revenu est tellement limité que ça fait peur.

La question des activités saines est également préoccupante. On vit plus longtemps, chez les Autochtones également. Voilà pourquoi notre centre de services a besoin de fonds.

Depuis la dernière fois où je vous ai entretenu de ce sujet, nous avons découvert en quoi les programmes peuvent venir en aide aux aînés autochtones. En effet, quand nous sommes arrivés au centre d'accueil Kekinan, je m'étais sentie un peu découragée en me demandant comment nous amènerions les aînés de Winnipeg à faire des choses et à sortir de leur emprisonnement. Il fallait les amener à ne plus se voir comme étant en très mauvaise santé ou comme n'ayant pas les compétences nécessaires pour apporter une contribution quelconque à la société. À cette époque, nos aînés autochtones n'avaient que peu d'estime de soi et d'amour-propre.

Aujourd'hui, nous avons un peu plus d'argent pour travailler, mais pas beaucoup. Nous n'avons que deux employés et demi. Nous sommes parvenus à établir des programmes comme le club de couture, le cercle d'arts et de bricolage et le club de conteurs. Nous constatons que, depuis le lancement de ces programmes, depuis que j'ai parlé de financement la dernière fois, les choses ont bien changé. Nos aînés autochtones ont l'impression de contribuer à la société, de faire quelque chose et d'être encore utiles.

Nous allons rédiger un livre de contes et nous sommes d'ailleurs à la recherche de fonds pour cette entreprise. Nous voulons consigner l'histoire des aînés autochtones, du peuple autochtone dans un livre afin de faire vivre leurs souvenirs. Là aussi, il y a lieu de se réjouir que ces personnes puissent avoir encore une contribution et faire quelque chose pour le Canada.

Families. I think I mentioned before that in our Aboriginal culture, we used to keep our elders at home. It was kind of scary to move Aboriginal seniors into a personal care home. Lack of money and support is forcing us into doing that, into letting the elders, the seniors go to homes. The homemaker program is minimal, just an hour or two a week. So there is very little medical support at home, even when medical support is needed. As well, a lot of Aboriginal people are working, the same as in the dominant society. They are working and they cannot afford to have someone take care of their elders and seniors at home.

So something we are also looking at is trying to get assisted living, maybe 30 units in the City of Winnipeg, to help our Aboriginal seniors. This would help because they cannot get the help and the meds and housekeeping and home care from the government. And homecare is not even worthwhile using, because I think it is so limited.

One of the things that I really want to work on, providing we get financial support is the history of our Aboriginal seniors. And so that they could have the continued feeling of contribution to our "turtle island," our Canada, our country.

Another very important thing that I see for seniors is to get together and use their language. We just do not just have one language, we have the Cree, Inuit and, you know, Ojibway. I notice that even in our activity time, that the Ojibway will get in the corner and start talking their language, and they are still all together. The well-being of the Aboriginal seniors means retaining their culture and language, and to be contributors to Canada.

I guess another thing that we started to work on involves Partners for Careers. We are doing a program called Peer Helper Training Program. That is, getting together maybe 12 at a time, and talking about how they can go out in the community and work with the community with this training. It gives them the opportunity to work with people, let us say the schools, and maybe another health centre or even right within the centre.

This partnership with Partners for Careers of Winnipeg is really an opportunity for us, because they have provided the package and they go through teaching the empathy and how to work with people. Now they feel that they can still learn, not just sit there and have everybody doing things for them, but do things themselves.

Mr. Sinclair mentioned the residential schools and that is one of the major things today. We hear because we speak the languages — I speak two or three languages, and the outreach worker does work in both Cree and Ojibway. The southern part of the provincial is mainly Cree and Ojibway; we do have just a few Inuit and Dene.

We opened in 2004 and we would like to thank some of the funders for giving us the opportunity to work with seniors.

À propos des familles, je pense avoir déjà dit que, dans notre culture autochtone, nous avions l'habitude de garder les aînés à la maison. Nos aînés étaient effrayés à l'idée de se retrouver en foyer d'accueil pour personnes âgées. Le manque d'argent et d'appui nous a pourtant obligés à les placer, à permettre que nos aînés aillent dans de tels foyers. Le programme d'aide à domicile ne prévoit qu'une heure ou deux par semaine et les aînés ne bénéficient donc que d'un soutien médical limité à domicile, même quand celui-ci est absolument nécessaire. De plus, beaucoup d'Autochtones travaillent, tout comme dans le reste de la société. Ils travaillent et ne peuvent se permettre de faire venir quelqu'un à domicile pour s'occuper de leurs aînés.

Nous essayons donc de mettre à la disposition des aînés une trentaine d'unités de logement-services à Winnipeg. Nous avons entrepris ce projet parce que nos aînés ne peuvent obtenir du gouvernement le soutien médical, les soins à domicile et l'aide ménagère dont ils ont besoin. Le soutien médical ne vaut d'ailleurs pas grand-chose parce qu'il est très limité.

S'il est un aspect sur lequel je tiens à travailler, à condition que nous obtenions les fonds nécessaires, c'est l'histoire de nos aînés autochtones afin qu'ils puissent avoir l'impression de continuer à contribuer à notre « île à la tortue », à notre Canada, à notre histoire.

Ce que je juge également très important pour les aînés, c'est qu'ils se rassemblent et parlent leur langue. Comme vous le savez, il ne s'agit pas d'une seule langue, puisqu'il y a le cri, l'inuit et l'ojibway. J'ai remarqué que, même durant nos activités, les Ojibways se retirent dans un coin pour parler leur langue, qu'ils se regroupent. Le bien-être des aînés autochtones passe par le maintien de leur culture et de leur langue et par l'impression de contribuer à la vie du Canada.

Nous avons également commencé à travailler sur le projet Partenaires de carrière. Nous avons lancé un programme intitulé Peer Helper Training Program. Il est question de rassembler une douzaine de personnes à la fois et d'analyser la façon de dispenser cette formation au sein de la collectivité. Les formateurs ont la possibilité de parler avec la population, par exemple dans les écoles, dans un autre centre de santé et même au sein de notre propre centre.

Ce genre de partenariat avec Partenaires de carrière de Winnipeg est très prometteur en ce qui nous concerne parce que nous disposons d'une trousse d'enseignement et que les gens apprennent comment enseigner l'empathie et travailler au contact des autres. Ils ont l'impression de pouvoir apprendre davantage, plutôt que de rester assis dans leur coin et de faire en sorte que tout le monde s'occupe d'eux, puisqu'ils se prennent en main.

M. Sinclair vous a parlé des écoles résidentielles qui font la une actuellement. Nous sommes au courant parce que nous parlons plusieurs langues — moi, j'en parle deux ou trois et le travailleur des services d'approche parle cri et ojibway. Ce sont les deux langues qui se parlent principalement dans le sud de la province, où nous n'avons que quelques Inuits et Dénés.

Nous avons ouvert en 2004 et nous tenons à remercier certains de nos donateurs qui nous ont offert la possibilité de travailler auprès des aînés.

The seniors really enjoy activities such as going on the river boat and even to the IMAX. As I said, however, we did focus groups to see what our members want to do. Because sometimes when programs are top-down, they do not work. They have to come from the people themselves. As a director, I believe in that you have to work with the people and not pour in things from the top. It works well when they decide what they want.

So we stop, and the outreach worker usually does the workshop. We also bring in people to help with healing in the residential schools. It is not easy talking about residential schools. And I know when they are going to talk and when they are not going to talk about it.

Mr. Sinclair mentioned literacy. That is one of the things we are talking about doing. In fact, New Horizons gave us some funding and we purchased four computers and we are going to have computer training for seniors. I said no chat talking, no text messages. They are excited about it, and we are going to have classes and they are going to do the computer work.

We are excited about our book, because I think it will preserve some of the stories of long ago. We are asking them to talk about the way they lived, before cars and all that. How they made their own soap, how they made their own light, how they cleaned the wooden floors. I think with the support of our government, I think we can do it, and I know we can do it and we will do it. Thank you.

The Chair: Mr. Wolfe, in your presentation, you spoke about the fact that you had \$170 million annually in benefits, which included everything from prescription drugs to medical transportation. When I last looked at the Nunavut budget, and that was some years ago, 70 per cent of their medical budget was actually spent on transportation. How much of your \$170 million annually is spent on transportation?

Mr. Wolfe: Unfortunately, I do not have that figure with me. I can undertake to provide that to you. We have it, I just did not come prepared for that question.

The Chair: The only reason I ask that is because I know that a number of southerners are quite shocked, because they do not really think of transportation as being a core component of a healthcare budget. And yet, if you are dealing with remote communities, as you are with 51 per cent of all Aboriginal people on reserve in a remote community, medi-vacs tend to be rather expensive propositions. So this is as much to educate everybody, as anything else.

Mr. Sinclair, you made reference I would have to say to Old Age Security, and so did you, Ms. Meade. But neither one of you made reference to the Guaranteed Income Supplement. What we have learned so far crossing the country is that many seniors,

Les aînés apprécient des activités comme la descente de la rivière en bateau et même les projections IMAX. Comme je le disais, nous avons organisé des groupes de discussion afin de déterminer ce que veulent nos membres. Les programmes de type pyramidal ne fonctionnent pas. Il faut que ça vienne des gens eux-mêmes. En ma qualité de directrice, je suis convaincue qu'il faut collaborer avec les gens et pas simplement leur imposer ce qu'on pense. On obtient de bien meilleurs résultats quand les gens nous disent ce qu'ils veulent.

Nous prenons donc un temps d'arrêt à chaque fois et le travailleur des services d'approche organise en général un atelier. Nous tenons aussi des séances de guérison à l'intention d'anciens résidents des pensionnats indiens. Ce n'est pas facile de parler de ce problème. Je sais quand les gens sont prêts à le faire et quand ils ne le veulent pas.

M. Sinclair a parlé de l'analphabétisme. C'est l'un des problèmes dont nous parlons. D'ailleurs, le programme Nouveaux Horizons nous a financés pour nous permettre d'acheter quatre ordinateurs et d'offrir une formation en informatique aux aînés. Je leur ai dit qu'il n'y aurait pas de clavardage ni d'échange de messages textes. Les gens sont emballés à l'idée des classes que nous allons offrir et du travail qu'ils vont faire sur ordinateur.

Nous sommes emballés aussi à l'idée de produire notre livre parce que je pense qu'il va nous permettre de pérenniser de vieux récits. Nous invitons les aînés à parler de leur mode de vie, avant l'époque de la voiture et de tout le reste. Ils racontent comment ils fabriquaient leur propre savon, comment ils s'éclairaient, comment ils nettoyaient les planchers de bois. J'estime que, moyennant l'aide de notre gouvernement, nous allons pouvoir obtenir des résultats et je sais que nous pouvons et que nous allons le faire. Je vous remercie.

La présidente : Monsieur Wolfe, vous venez de dire que vous recevez 170 millions de dollars de prestations par an, notamment pour les médicaments vendus sur ordonnance et pour le transport à des fins médicales. La dernière fois que j'ai jeté un coup d'œil sur le budget du Nunavut, il y a quelques années de cela, j'ai vu que 70 p. 100 du budget médical du territoire était consacré au transport. Quelle portion de vos 170 millions de dollars annuels dépensez-vous dans le transport?

M. Wolfe : Je n'ai malheureusement pas cette donnée. Je pourrais vous la fournir. Nous avons cette information, mais je n'étais pas prêt à répondre à cette question.

La présidente : La seule raison pour laquelle je vous la pose, c'est qu'un certain nombre d'habitants du Sud sont très choqués de la situation parce qu'ils estiment que les coûts de transport ne sont pas un élément fondamental du budget des soins de santé. Pourtant, dans les communautés éloignées, où l'on retrouve 51 p. 100 des Autochtones vivant dans des réserves, les évacuations aéromédicales sont assez coûteuses. Je posais donc cette question pour éclairer la lanterne de tout le monde.

Monsieur Sinclair, tout comme Mme Meade, vous avez parlé de la Sécurité de la vieillesse. Toutefois, aucun de vous n'a parlé du Supplément de revenu garanti. À l'occasion de notre périple, nous avons appris qu'un grand nombre d'aînés, surtout ceux qui

particularly seniors who have lived much of their life in remote communities, have no idea they are even eligible for a Guaranteed Income Supplement. Is that your experience, Mr. Sinclair?

Mr. Sinclair: Absolutely. To tell you the truth, even though I'm on the front line, this is the first time I have heard of it. I would not think that our clients, our community members, would know about it. I am not sure which organizations would be the ones to tell them about it. If this information does not get filtered down to us as front-line workers, then I could not see how we could pass that on to the community members.

The Chair: Can I suggest that you go on the Government of Canada website, and go to Guaranteed Income Supplement and download the forms. Because I suspect that most of these 15 clients that you are having lunch with, or community members that you are having lunch with every Thursday, probably all qualify and none of them are getting it. Maybe you can help them fill out those application forms.

Mr. Sinclair: Absolutely.

The Chair: What about you, Ms Meade? Is your organization familiar with the GIS?

Ms Meade: Yes, we are familiar with the income supplement. Service Canada comes in, and we have done three workshops already, on topics such as the supplement, and the senior disability. Just the other day, I was at a meeting in the Filipino community, and they had the MP from Ottawa, the seniors critic there, and Judy Wasylycia-Leis.

A new thing that I will be bringing attention of to the seniors is the hidden disabilities that you can apply for, you know. We ran into one accidentally with one of the ladies that was in a wheelchair for 17 years or something, and the outreach worker was doing an advocacy for her. We discovered that she can apply for a certain disability benefit. I think she is being reimbursed for nine years. But, again, we ran into that accidentally.

Service Canada comes in and does workshops, or we get them to come in individually and talk to people. We know that, but that is because I am involved with the Age and Opportunity program, and I am a lot into these training programs that the Winnipeg Regional Health Authority is putting on for seniors.

The Chair: That is very interesting, because what we have learned, of course, is a number of things. First of all, the law has changed, and that is a good thing. Anyone who now files an income tax form and has indicated that their income was below a certain level will automatically get the Guaranteed Income Supplement. But before they always had to file a separate application form. So that is a positive change in the law. But I know a great number of Aboriginal people do not file income tax forms, so that is not going to help them in any way, shape or form.

ont passé l'essentiel de leur vie dans les collectivités éloignées, ne savent absolument pas qu'ils sont admissibles au Supplément de revenu garanti. Avez-vous constaté la même chose, monsieur Sinclair?

M. Sinclair : Tout à fait. Pour vous dire la vérité, même si je suis en première ligne, c'est la toute première fois que j'en entends parler. Je ne pense pas que nos clients, les membres de nos collectivités, connaissent ce programme. Je ne sais pas exactement quelle organisation devrait les renseigner à ce sujet. Si cette information ne parvient pas aux travailleurs en première ligne, je ne vois pas comment elle pourrait arriver à celles des membres de la collectivité.

La présidente : Pourrais-je vous recommander de consulter la page du Supplément de revenu garanti, sur le site web du gouvernement du Canada, et de télécharger les formulaires? Je soupçonne que la plupart des 15 clients avec qui vous déjeunez régulièrement, les membres de la collectivité avec qui vous mangez tous les jeudis midi, sont sans doute admissibles à ce programme et qu'aucun d'eux n'en bénéficie. Vous pourriez peut-être les aider à remplir les formulaires en question.

M. Sinclair : Tout à fait.

La présidente : Et vous, madame Meade? Votre organisation connaît-elle le SRG?

Mme Meade : Oui. Service Canada est déjà venu nous donner trois ateliers sur des sujets comme le SRG et les prestations d'invalidité pour personnes âgées. L'autre jour, nous avons justement organisé une réunion au sein de la collectivité philippine et avons accueilli le député d'Ottawa, porte-parole des questions concernant les aînés, ainsi que Judy Wasylycia-Leis.

J'envisage aussi d'attirer l'attention des personnes âgées sur les invalidités cachées donnant droit à prestations. Nous sommes accidentellement tombés sur une femme qui était en chaise roulante depuis 17 ans environ et le travailleur des services d'approche est intervenu en son nom. Nous avons découvert qu'elle pouvait prétendre à certaines prestations pour personnes handicapées. Je crois qu'elle va toucher neuf ans de prestations à titre rétroactif. Cependant, je rappelle que la découverte de ce cas a été fortuite.

Service Canada vient donc organiser des ateliers chez nous quand nous n'invitons pas cette organisation à parler directement avec les gens. Nous sommes au courant de ce programme, mais je le dois au programme Perspectives des aînés et à ma participation active aux programmes de formation des aînés de l'office régional de la santé de Winnipeg.

La présidente : C'est très intéressant, parce que nous avons bien sûr appris un certain nombre de choses. D'abord, la loi a changé, ce qui est bien. Désormais, tout déclarant ayant indiqué que son revenu est inférieur à un certain niveau touche automatiquement le supplément de revenu garanti. Avant cela, il fallait faire une demande séparée. C'est donc un changement positif apporté dans la loi. Je sais cependant qu'un très grand nombre d'Autochtones ne font pas de déclaration de revenus, ce qui ne les aidera certainement pas.

The other issue, of course, is that some of them have not even applied appropriately for their Old Age Security. Quebec, by the way, has done a much better job than the rest of Canada. They have almost 100 per cent coverage of all their citizens. We know that there are significant gaps in the rest of Canada, and among those gaps are Aboriginal people.

Senator Mercer: We have been talking a lot on this committee about healthcare providers. Mr. Wolfe, you say Health Canada operates two hospitals in Manitoba, has 22 nursing stations, has 26 health offices, and has 10 Health Centres for Native Alcohol and Drug Abuse Program Centres. That is a lot of places. I assume that some of these cohabitate with each other, that they are not all separate entities. How many nurses, how many doctors would Health Canada employ in Manitoba?

Mr. Wolfe: Approximately 132 nurses. I do not have a specific figure for doctors, but we essentially receive physician services in three ways. One is through private service contracts for physicians in the far north, and there are approximately 15. I say approximately because those numbers change almost monthly. Then for the middle of the province, we contract with the Northern Medical Unit of the University of Manitoba, who provides physician services to the communities. An association called Amdocs, is a South African doctors' association, provides services to Cross Lake. I believe there are approximately five physicians there. I am not certain what any of NMU numbers are, but I can be more precise about that if you wish.

Senator Mercer: Both Mr. Sinclair and Ms Meade talked about some issues particularly around language. This morning we talked an awful lot about language, particularly about service being offered in the French language. Now we are talking about Cree and Ojibway. Do any of these physicians or nurses speak Cree or Ojibway?

Mr. Wolfe: I am not certain of the physicians, but I can tell you that a large number of our nurses do speak one Aboriginal language. That could be Cree or Ojibway or, I believe, Dene. Because upwards of 40 per cent — again, my figures are approximate, I can be much more precise — of our nurses are First Nations, so they do provide that kind of service.

Senator Mercer: Again, we have concentrated on the rural areas. What about in the urban centres such as Winnipeg? Are your services equally split across Manitoba or are they concentrated in the isolated regions?

Mr. Wolfe: Our mandate is for providing on-reserve services, so that is the area that I am responsible for. Our services are provided totally on reserve, with the exception, of course, of non-insured health benefits and, if clients are in the city, then they can access that as well.

L'autre problème, évidemment, c'est que certains de ces aînés n'ont même pas correctement fait leur demande pour bénéficier de la Sécurité de la vieillesse. Soit dit en passant, le Québec se débrouille beaucoup mieux que le reste du Canada à cet égard, puisque la quasi-totalité des Québécois sont couverts. Nous savons qu'il existe des écarts notoires dans le reste du Canada, notamment en ce qui concerne les Autochtones.

Le sénateur Mercer : Il a beaucoup été question, à notre comité, de fournisseurs de soins de santé. Monsieur Wolfe, vous avez dit que Santé Canada exploite deux hôpitaux au Manitoba, ainsi que 22 postes de soins infirmiers, 26 bureaux de santé et dix centres de santé qui administrent le programme de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. Cela fait beaucoup d'endroits. Je suppose que certains de ces services sont offerts sous un même toit et pas systématiquement dans des infrastructures distinctes. Combien d'infirmiers, d'infirmières et de médecins Santé Canada emploie-t-il au Manitoba?

M. Wolfe : Environ 132 infirmières et infirmiers. Je n'ai pas les chiffres exacts pour les médecins, mais nous bénéficions de services de médecins de trois façons. D'abord, par le truchement de contrats de services privés dans le Grand Nord, où l'on compte environ 15 praticiens. Je vous dis environ, parce que ces chiffres changent presque mensuellement. Puis, pour la partie centrale de la province, nous avons conclu un contrat avec l'UMN, l'Unité médicale du Nord de l'Université du Manitoba, qui nous offre des services de médecins dans les collectivités. Une association baptisée Amdocs, qui regroupe des médecins d'Afrique du Sud, offre des services à Cross Lake. Je crois qu'on y compte environ cinq médecins. Je ne suis pas sûr du nombre dans le cas de l'UMN, mais je pourrai vérifier si vous le désirez.

Le sénateur Mercer : M. Sinclair et Mme Meade ont parlé de problèmes liés à la langue. Ce matin, il a beaucoup été question de langue, surtout à propos des services en langue française. Désormais, on parle de services en cri et en ojibway. Est-ce que les médecins ou le personnel infirmier parlent cri ou ojibway?

M. Wolfe : Je n'en suis pas sûr dans le cas des médecins, mais je peux vous assurer qu'un grand nombre d'infirmiers et d'infirmières parlent au moins une langue autochtone. Ce pourrait être le cri ou l'ojibway ou encore le déné. Étant donné que 40 p. 100 au moins de notre personnel infirmier — encore une fois, ce sont des chiffres approximatifs, mais je pourrai vérifier — appartient aux Premières nations, ces gens-là sont en mesure d'offrir ce type de service.

Le sénateur Mercer : Il a surtout été question des régions rurales, mais que se passe-t-il dans les centres urbains comme Winnipeg? Vos services sont-ils équitablement répartis dans l'ensemble de la province ou sont-ils concentrés dans des régions isolées?

M. Wolfe : Notre mandat prévoit que nous dispensions des services dans les réserves, et c'est précisément le secteur qui m'incombe. Nous offrons la quasi-totalité de nos services dans des réserves, à l'exception, bien sûr, des prestations de santé non assurées. Bien sûr, les clients des villes peuvent aussi accéder à ces services.

Senator Mercer: Mr. Sinclair, we continue to hear about literacy being an issue in our Aboriginal community and amongst other seniors as well. It is not restricted to just the Aboriginal community. The current government has cut back on the funding for literacy programs. You might have access to other funding because of your situation. Has funding been made available to operate literacy programs perhaps at the friendship centre or in other centres in Winnipeg?

Mr. Sinclair: A lot of the time we have to hunt and pick for any funds. There are some, but we are talking minimal dollars. Let us say you go to FACT, Families and Communities Together. They will give you \$5,000 to run a literacy program. Half the time this is just to get people out because you have to provide food. A lot of this money goes towards food. You are really "nickel and diming" to find monies available for any and all literacy programs.

Then you run into another obstacle. We work primarily in the inner city, the north end, the high risk area. We are able to bring these services to other areas of the city because we find these small amounts of dollars here and there. But you will get denied a lot of the time because you are suddenly in an overlapping of services. For us, we have the Friendship Centre, but we are located right next to Ma Mawi Wi, Ndinawe Youth Centre, Kekinan. And right across the street, Turtle Island. All of a sudden we are all competing for the same little pot of money and that pot dwindles even more. We are told, well, there is already something, there is an adult learning centre in your area, so you cannot access this minimal amount.

The problem that comes there is, the Aboriginal community, I am sorry, is not going to go to a primarily white or non Aboriginal-run learning centre. If you do, you are missing culture; you are missing a language. You mentioned that a nurse is usually on staff somewhere that speaks a language. You named some, but Machif was not included in there. We find this with a lot of non-Aboriginal learning institutes, it is the same thing. They are able to bring some Aboriginal staff members on, but the Aboriginal community really enjoys and needs that sense of familiarity of culture, of a background as in, you know where I am coming from. That is what they really look for. If we have a learning facility or a learning centre in the area, we will not get money because they are already there. Our community members have difficulty accepting, admitting the fact that their literacy levels are lower, and then you have to go to almost an outside institution in order to do this. It is very difficult.

Senator Mercer: I would hope that someone will try to coordinate this. I know that in my visits to Winnipeg over the past several years, I did visit a school in the inner city with some people from the Winnipeg Community Foundation, which is one of the biggest and best community foundations in the country. That

Le sénateur Mercer : Monsieur Sinclair, on continue d'entendre dire que l'analphabétisme est un problème chez les aînés autochtones, mais aussi chez les autres. Il ne se limite pas aux seuls autochtones. Le gouvernement actuel a réduit le budget des programmes d'alphabétisation. Étant donné votre situation, vous pourriez avoir accès à d'autres formes de financement. Avez-vous obtenu des fonds pour administrer les programmes d'alphabétisation, au centre d'amitié ou à d'autres centres à Winnipeg?

M. Sinclair : La plupart du temps, nous devons faire la chasse au financement. Il y a bien quelques fonds ici et là, mais ils sont minimes. Si vous vous adressez à FACT, Families and Communities Together, on vous versera 5 000 \$ pour administrer un programme d'alphabétisation. La moitié du temps, le plus difficile consiste à faire sortir les gens, parce qu'il faut leur fournir de la nourriture. Il y a beaucoup d'argent qui passe dans la nourriture. En fait, vous êtes obligé de gratter les fonds de tiroir pour trouver de l'argent afin d'administrer les programmes d'alphabétisation.

Puis, vous vous heurtez à un autre obstacle. Nous travaillons surtout au cœur de la ville, dans la partie nord, celle qui est malfamée. Il nous est possible d'offrir ce genre de service dans d'autres secteurs de la ville parce que nous parvenons toujours à trouver quelque budget ici et là. En revanche, il nous arrive très souvent de nous faire dire non, parce que nous nous trouvons à recouper d'autres services. Nous avons le centre d'amitié, mais nous sommes tout à côté de Ma Mawi Wi, du Centre de jeunesse Ndinawe, Kekinan. Juste en face, il y a l'île à la Tortue. Nous sommes tous en concurrence pour une petite cagnotte commune qui diminue de plus en plus. On nous dit qu'il existe déjà tel genre de programme ailleurs, qu'il existe un centre d'apprentissage pour adultes dans notre secteur et que l'on ne peut avoir accès à ce budget déjà réduit.

Le problème, c'est que les Autochtones, et je suis désolé de le dire, ne vont pas se rendre dans un centre d'apprentissage qui est principalement administré par des Blancs, par des non-Autochtones. S'ils le font, ils passent à côté de leur culture, de leur langue. Vous avez dit qu'il arrive souvent qu'un infirmier ou une infirmière parle la langue des clients. Vous avez mentionné quelques-unes de ces langues, mais vous n'avez pas parlé du Machif. C'est le problème que l'on constate dans un grand nombre d'instituts d'apprentissage non autochtones. Ils embauchent quelques Autochtones, mais les clients autochtones ont besoin de sentir qu'ils sont au contact d'une culture qui leur est familière, de leur bagage culturel; vous voyez ce que je veux dire. C'est cela que les gens recherchent. Dès lors qu'il existe un centre d'apprentissage dans le coin, nous n'obtenons pas d'argent parce que le service est déjà offert. Les membres de notre communauté ont de la difficulté à admettre qu'ils sont quasiment analphabètes et il leur est donc très difficile de s'adresser à des institutions extérieures. C'est difficile.

Le sénateur Mercer : J'espère que quelqu'un coordonne tout cela. Lors de mes visites à Winnipeg, dans le passé, je me suis rendu dans une école du centre-ville en compagnie de membres du personnel de la Fondation communautaire de Winnipeg qui est une des plus importantes et des meilleures du genre au pays. Cette

school was funded and it was geared very much towards the Aboriginal community, and they actually had elders in the classroom and the program was quite good. I guess it is an issue of coordination.

All three of you gave the presentation independently and you all used some words the same. Language was one word you used the same. Literacy, two people talked about literacy. But everybody talked about transportation.

You two talked about transportation needs. Mr. Wolfe talked about \$170 million annually in benefits, which includes prescription drugs, eyeglasses, dental care and medical transportation.

Indeed, Ms Meade you mentioned transportation and dental care being an issue.

So Mr. Wolfe has \$170 million in programs designed to be delivered mainly in remote communities, I acknowledge that. But the transportation issue is people being transported from their remote communities to a larger centre for treatment, et cetera.

So is there a coordination that happens between all of the people sitting at, not necessarily the individuals, but the organizations you represent, at the table? Is somebody coordinating this?

Mr. Wolfe: I can speak for Health Canada. Essentially, what we try to do is — and Senator Carstairs, your point is well taken — a large part of our expenditures are in medical transportation as well as in pharmacy. Medical transportation, in particular, requires a coordinated approach. The demands on the program are fierce, they are huge. And the program continues to grow because of the fact that is mentioned here by some of the guests, as well as the written material you have. Our people have to travel a large distance to the major tertiary care centre. So that does necessarily up our costs here. Our costs continue to grow approximately 13-14 per cent a year. Funding does not keep up with that. We do lots of reallocation and coordination of programs.

For example, I can give you an example of a community in Manitoba, in Fisher River. We ask the Northern Medical Unit doctor from the University of Manitoba to travel to the community to provide services to the elders, as opposed to bringing them all out at so many dollars apiece, even if this is less than medi-vac, of course. You are still having to travel a large distance. Whether it is to Winnipeg, to Dauphin for example in this case, or Gimli, it is still a two or three hour trip. Yes, we try to coordinate that with other travel.

There are many clients going to dialysis, not all are seniors, of course, and so we provide vans, often 12-seaters. You often see a plethora of people in there from dialysis clients to people going

école était financée et elle était essentiellement tournée vers la communauté autochtone. D'ailleurs, il y avait des aînés dans les salles de classe et le programme enseigné était excellent. Je pense que tout cela tient à un problème de coordination.

Vous avez tous trois fait des exposés indépendants et vous avez pourtant employé les mêmes mots, notamment en parlant de langues. Deux d'entre vous ont parlé d'alphabétisation et vous avez tous mentionné le transport.

Vous deux avez parlé de besoins en transport. M. Wolfe a mentionné les 170 millions versés annuellement en prestations, notamment pour les médicaments vendus sur ordonnance, les lunettes, les soins dentaires et le transport à des fins médicales.

Madame Meade, vous avez aussi dit que le transport et les soins dentaires font problème.

Je prends donc acte des 170 millions de dollars dont M. Wolfe a parlé, qui sont principalement investis dans des programmes s'adressant à des collectivités éloignées. En revanche, pour ce qui est du transport, on s'adresse à des gens qu'il faut amener de leurs collectivités éloignées dans des grands centres afin d'y être traités, et ainsi de suite.

L'action de toutes les organisations que vous représentez est-elle coordonnée? Quelqu'un s'occupe-t-il de cela?

M. Wolfe : Je peux vous parler au nom de Santé Canada. Comme le sénateur l'a fort bien fait remarquer, une grande partie de nos dépenses va au transport à des fins médicales et aux médicaments. Le transport, en particulier, exige une approche coordonnée. Ce programme est fortement sollicité et il continue de prendre de l'ampleur pour les raisons qu'ont mentionnées certains de vos témoins ou qu'on peut lire dans les mémoires. Nos aînés doivent parcourir de grandes distances pour se rendre à des centres de soins de santé tertiaires importants, ce qui est forcément synonyme de coûts supplémentaires en ce qui nous concerne. Nos coûts continuent de progresser à raison de 13 ou 14 p. 100 par an environ. Nous n'obtenons pas le financement en conséquence. Cela nous oblige à coordonner et à déplacer un grand nombre de programmes.

Je vais vous donner l'exemple de Fisher River, au Manitoba. Nous avons demandé à un médecin membre de l'Unité médicale du Nord de l'Université du Manitoba de se rendre dans cette collectivité pour y offrir des services aux aînés, plutôt que de faire déplacer ces personnes afin de limiter les coûts, même si ceux-ci sont inférieurs à ce que représente une évacuation aéromédicale. Il faut tout de même parcourir de grandes distances. Pour se rendre à Winnipeg, à Dauphin, comme dans le cas que je viens de citer, ou à Gimli, il faut deux ou trois heures de voyage. Nous essayons effectivement de coordonner notre action en intégrant d'autres formes de déplacement.

Beaucoup de nos clients doivent subir des traitements de dialyse. Tous ne sont bien sûr pas des personnes âgées, mais pour les transporter, nous avons souvent recours à des minibus de

for mental health counselling, or for just regular doctors' or physicians' appointments.

Ms. Meade: I would like to make a comment about transportation. When I say transportation, the only little transportation that we do is to pick up seniors to come to the activity. We cannot do anything to transfer people to medical appointments or anything. Because, to begin with, when you move to the city, you cannot have access to that money; that is federal money, you cannot have that. If I am living there right now, if I am not working and I need transportation to the hospital, I would not be able to get it. Even though I am First Nation and I belong to a reserve — I am an urban reserve person you might say. I cannot access anything they have.

For the Aboriginal Senior Resource Centre, all we do in the area of transportation is use a van that was donated by Winnipeg Foundation. We pick up the ones that cannot come to the activities. That is the only thing we can do.

As far as medical, we have tried using these medical services to get one of the ladies to the Health Sciences Centre for dialysis. They say that is a federal government jurisdiction, they do not give us anything.

So we Aboriginal, urban, First Nations people have a difficult time in accessing any kind of money in the City of Winnipeg.

Mr. Sinclair: The question was asked, are we coordinated, and I have to say no. When press releases and announcements are made, that is what they are, we get a fax that comes across the fax machine that says Health Canada announced \$1.7 million, \$170 million, \$500, whatever it is, for these services. Then we are left. Now you have got 25-50 agencies rushing to the Internet to find the information, to find out what is available, who is allowed, what the requirements are. Yes, maybe it should be left to our own devices to find it, but we are not coordinated. The press release goes out and then it is left for the actual agencies to find.

You did make mention of the Winnipeg Foundation. Yes, great, excellent resource, that I think every single Aboriginal organization has accessed at one point in time or another. You know, it would be great to have more than that. But when you do go to apply to that Winnipeg Foundation, and it is not to try to be greedy, but it does say, have you applied this year? They will grant you for one year. You might get a van, like you guys got the van, but you still may be left without money to run your program. We find that too. When the fiscal year comes up and we say, okay, let us analyze to see who applied for what at Winnipeg Foundation. And you have to talk with one of your coordinators, and you

12 places capables d'accueillir des malades très différents allant des dialysés à des clients désireux de suivre des séances de counseling en santé mentale ou encore de se rendre simplement à un rendez-vous médical.

Mme Meade : Permettez-moi de dire une chose au sujet du transport. Le seul service de transport restreint que nous assurons consiste à ramasser les aînés pour leur permettre de venir à nos activités. Nous ne nous occupons pas de les transporter pour leurs rendez-vous médicaux ou autres. Tout d'abord, ceux qui vivent dans les villes n'ont pas accès à ce genre de fonds; ce sont des fonds fédéraux et on ne peut y accéder. Ainsi, le résidant du centre-ville qui ne travaille pas et qui a besoin d'un service de transport pour se rendre à l'hôpital n'est pas en mesure d'obtenir une aide sur ce plan. Même chose pour les Autochtones. Même s'ils viennent d'une réserve et vivent dans ce qu'on appelle une réserve urbaine. Dans cette situation, on ne peut se prévaloir de ces montants.

Pour ce qui est du Centre des services aux aînés autochtones, nous exploitons un minibus qui nous a été donné par la Fondation de Winnipeg. Nous ramassons les personnes qui ne sont pas en mesure de venir d'elles-mêmes à nos activités. C'est la seule chose que nous faisons.

Pour ce qui est des rendez-vous médicaux, nous avons essayé de faire transporter une de nos clientes au Centre des sciences de la santé afin qu'elle y subisse sa dialyse. On nous a dit que cela relevait du gouvernement fédéral et que nous n'aurions rien.

Ainsi, les Autochtones, les membres de Premières nations résidant à Winnipeg ont beaucoup de difficulté à accéder à ce genre de budget.

M. Sinclair : On nous a posé la question, nous avons assuré une certaine coordination et nous avons dû répondre par la négative. C'est ainsi que ça se passe, nous recevons des communiqués de presse et des annonces, par télécopie, et nous apprenons que Santé Canada vient d'annoncer 1,7 million de dollars, 170 millions de dollars, 500 \$ ou peu importe, pour tel ou tel service. À partir de là, nous devons nous débrouiller. Soudain, 25 à 50 organismes se précipitent sur le site Internet pour obtenir l'information, pour savoir ce qui est disponible, ce à quoi ils pourraient avoir droit et quelles sont les exigences. C'est peut-être quelque chose que nous devrions faire, mais nous ne sommes pas coordonnés. Une fois que le communiqué de presse est sorti, il appartient aux organismes clients de se débrouiller.

Vous avez parlé de la Fondation Winnipeg. C'est vrai qu'elle est une excellente ressource et je crois savoir que toutes les organisations autochtones se sont adressées à elle à un moment donné. Vous savez, ce serait merveilleux d'avoir plus d'organismes de ce genre, mais quand on s'adresse à la Fondation Winnipeg, il n'est pas question d'être vorace, parce qu'on se fait demander si l'on a déjà fait une requête dans l'année. On obtient des fonds une seule fois par an. Vous pourrez toujours obtenir un minibus, comme vous, mais il vous manquera alors de l'argent pour administrer votre programme. C'est souvent ce que nous constatons. À la fin de l'exercice financier, on analyse la question

might say "I cannot believe you got \$1,000 for this. Because now we are going to have to look somewhere else."

So the Winnipeg Foundation is great, but it is not the be-all and the end-all. There is not enough money to go around, which is I think obvious.

Senator Mercer: There is a frustration at the lack of coordination. I do not know whose fault it is, but we get everybody trying to do good work. There are only one or two sources of funding, so we have got to figure out how to coordinate it so that more people are getting better services and that people are providing money, whether it be the taxpayers through Health Canada or Indian Affairs, or people of the community of Winnipeg, the community foundation or whatever other charity. We have got to be able to find a way to maximize.

The Chair: I think, Senator Mercer, you would find that all three witnesses at the table today would share your frustration at the lack of coordination, whether it is Northern Health Unit, the Resource Centre, or the Indian and Métis Friendship Centre. Because there is little or no coordination and an awful lot of time is spent trying to break down barriers between these organizations with little or no success.

Mr. Sinclair: I think another problem is the fact that some organizations are smaller, and they will have two staff, two and a half staff, five staff. At the Indian and Métis Friendship Centre, aside from our drop-in workers, we have seven people on staff. It is going to be harder for us to find that money. I am not knocking them, but compare that to the Manitoba Metis Federation which has a dedicated core of 300 plus staff members, and gets a greater share. The Indian and Metis Friendship Centre was the first Friendship Centre in Canada. We are celebrating our 50th anniversary this year. It was begun directly because of the need of Aboriginals coming to the city in 1958. This is where we were established. Now, we were not able to grow to a staff of 200 or more, but we still servicing 70,000 plus people in the City of Winnipeg.

The City of Winnipeg has more Aboriginal population than Nunavut, Northwest Territories, and I believe it might be British Columbia combined. And that is just the City of Winnipeg. However, funding depends on how many people you have to go out there and find the money. I think that is where the problem really lies. You will have bigger organizations with more people able to access more money, whether they service the people or not. I think that is where some of the problems come from.

The Chair: I suspect it would be Yukon, not British Columbia.

Mr. Sinclair: Sorry, yes.

Senator Cordy: It just seems we are always in Canada discussing which jurisdiction is it. But when you look at health care and the federal government gives the money to the provinces, but ultimately the federal government is responsible for the health

pour savoir qui a fait une demande à la Fondation Winnipeg. Il faut alors s'entretenir avec l'un des coordonnateurs qui risque de vous dire que vous n'aurez peut-être pas les 1 000 \$ demandés pour ceci ou cela, parce qu'il faut s'occuper de quelqu'un d'autre.

Donc, la Fondation Winnipeg est fantastique, mais ce n'est pas une panacée universelle. Elle n'a évidemment pas suffisamment d'argent pour tout faire.

Le sénateur Mercer : Ce manque de coordination est source de frustration. Je ne sais pas à qui la faute, mais tout le monde essaie de faire du bon travail. Il n'existe qu'une ou deux sources de financement et il y a donc lieu de savoir comment coordonner leur action pour que plus de gens obtiennent de meilleurs services et que les fonds soient mis sur la table, qu'ils viennent des contribuables par le truchement de Santé Canada ou d'Affaires indiennes et du Nord Canada, des habitants de Winnipeg, de la fondation communautaire ou d'un autre organisme de bienfaisance. Il faut trouver une façon de maximiser cette action.

La présidente : Sénateur Mercer, vous constaterez, je pense, que nos trois témoins sont sans doute également frustrés par le manque de coordination, tant en ce qui concerne l'Unité médicale du Nord, le Centre de services ou le Centre d'amitié indien et métis. Tout cela est attribuable à l'absence totale ou quasi totale de coordination et au fait qu'il faut consacrer beaucoup de temps pour essayer d'abattre les barrières entre ces organisations avec un succès mitigé.

M. Sinclair : L'autre problème tient au fait que certaines organisations sont petites, puisqu'elles comptent deux employés, deux et demi ou cinq. Au Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg nous avons sept employés, en plus de nos préposés de haltes d'accueil. Il nous sera difficile de trouver cet argent. Je ne veux pas dénigrer la Fédération des Métis du Manitoba, mais celle-ci, qui a 300 employés à plein temps, obtient une part plus importante. Le Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg a été le premier du genre au Canada. Nous célébrons notre 50^e anniversaire cette année. Au début, en 1958, il se voulait une réponse à l'afflux d'Autochtones à Winnipeg. C'est pour cela que le centre a été créé. De nos jours, même si nous n'avons pas un effectif de 200 employés, nous servons plus de 70 000 clients à Winnipeg.

Il y a plus d'Autochtones à Winnipeg seulement que dans tout le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et je crois même la Colombie-Britannique combinés. Cependant, pour trouver des fonds, cela dépend du nombre de personnes concernées. Je pense que c'est là que réside le problème. Les grandes organisations, qui ont un effectif important, ont accès à plus d'argent que nous, qu'elles offrent ou pas des services à la population. J'estime que c'est là que réside le problème.

La présidente : Je pense que vous vouliez parler du Yukon, et pas de la Colombie-Britannique.

M. Sinclair : Excusez-moi, c'est exact.

Le sénateur Cordy : C'est à croire qu'au Canada, on passe son temps à parler de compétences provinciales ou fédérales. Pourtant, en ce qui concerne les soins de santé, c'est le gouvernement fédéral qui verse les fonds aux provinces et, en

care for RCMP, military, Aboriginal First Nations and penal institutions, I find it amazing to hear these stories about lack of coordination. Because if any of these is going to get a coordinated effort, it should be the groups that I have just mentioned. It is not happening.

I have to go back to the issue of literacy because I used to be a teacher. You talked, Mr. Sinclair, about literacy being one of the major challenges that you are facing. If you cannot read when you are 17 and 18 and 19, unless you get help, you are not going to be able to read when you are 65 or 68 either. It certainly provides a lot of challenges. You talked about paperwork the people are unable to fill out. I know there are cutbacks within the past two years to literacy programs and programs that were not continued.

Ms. Meade, you talked about getting funding from New Horizons, which would be an unusual area to get it from, but nonetheless it worked. How are you going to go about dealing with literacy? Because, as I said, if you do not have literacy when you are younger and you do not learn, then it is going to be compounded. Because then you have got children and grandchildren and you cannot help them.

Mr. Sinclair: Well, I know for us at the centre, any literacy that we put on, it is informal, because we do not have the funds for it. But we do try to bridge that gap between the elders and their grandkids, or elders and children. Literacy is not just about reading, writing and arithmetic. It is overall comprehension of materials.

I recently completed a report on Aboriginal literacy in Manitoba, and that was sent out through the National Association of Friendship Centres. It is even simple things like, you have that can of evaporated milk that is on the shelf, and it is \$2.19, but it has a blue label, that is what your mom bought and that is what her mom bought, so that is what you buy. But right beside it is a can of evaporated milk for \$1.58. It is just simple comprehension of everyday literacies, not necessarily the reading, writing, arithmetic.

How we attempt to bridge that is by giving basic literacy skills. Life skills, which also encompass literacy, in my estimation. But by bridging that with the elders being able to take what they have learned from us. Because I really think that we have to do what we can right now for the elder population. Let us also not forget that the Aboriginal population in Manitoba is growing 20 per cent faster than the non-Aboriginal population.

In 40 to 60 years, we are going to have a greater problem if we cannot educate our youth. I know this is a committee on the aging, but our youth are going to be aging. We are really trying to

fin de compte, c'est lui qui est responsable des soins de santé pour la GRC, l'armée, les Premières nations et les établissements carcéraux, et je trouve tout à fait étonnant d'entendre ces récits au sujet d'un manque de coordination. S'il y en a qui ont bien besoin d'un effort de coordination, ce sont les groupes dont je viens de parler, mais rien ne se passe.

Je dois en revenir à la question de l'analphabétisme, parce que j'ai été enseignante. Monsieur Sinclair, vous avez dit que l'analphabétisme est l'un des principaux défis auxquels vous étiez confronté. Si l'on ne parvient pas à déchiffrer un écrit à 17, 18 ou 19 ans, à moins de se faire aider, on n'y parviendra pas mieux à 65 ou 68 ans. Il est évident que c'est là une source d'énormes défis. Vous avez parlé de la paperasserie que les gens ne peuvent pas remplir. Je sais que les programmes d'alphabétisation ont fait l'objet de réductions budgétaires au cours des deux dernières années et que des programmes ont été supprimés.

Madame Meade, vous avez dit que vous obteniez des fonds du programme Nouveaux Horizons, qui n'est sans doute pas une source à laquelle on pourrait penser, bien que cela ait fonctionné. Qu'allez-vous faire pour combattre l'analphabétisme? Comme je le disais, si on ne sait pas lire quand on est jeune, on ne parviendra pas à apprendre par la suite et le problème ne fera que se compliquer, surtout si l'on a des enfants et des petits-enfants qu'on n'est pas en mesure d'aider.

M. Sinclair : En ce qui nous concerne, au centre, nous offrons des services d'alphabétisation qui ne sont pas officiels, parce que nous n'avons pas les fonds nécessaires. Cependant, nous essayons de combler le fossé qui existe entre les aînés et leurs petits-enfants ou leurs enfants. L'alphabétisation ne signifie pas simplement que l'on apprend à lire, à écrire et à compter. Elle sous-entend une compréhension générale.

Je viens de produire un rapport sur l'alphabétisation auprès des Autochtones au Manitoba, rapport qui a été remis à l'Association nationale des centres d'amitié. Il y a des choses très simples de la vie, comme le fait qu'on peut laisser s'évaporer le lait déposé sur une étagère, qu'il coûte 2,19 \$, mais que le contenant porte une étiquette bleue et qu'il s'agit d'un litre de lait acheté par votre mère, ce qui revient à dire que c'est vous qui l'avez acheté. À côté de cela, il y a un contenant de lait évaporé coûtant 1,58 \$. Il faut alors envisager l'alphabétisation comme portant sur les choses quotidiennes de la vie et pas uniquement la lecture, l'écriture et le calcul.

Nous essayons de jeter une passerelle en enseignant les éléments nécessaires à la dynamique de la vie. Les connaissances élémentaires, selon moi, englobent l'aptitude à lire, à écrire et à compter. Nous jetons des passerelles à partir de ce que les aînés peuvent apprendre auprès de nous. J'estime que nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour aider la population de personnes âgées. N'oublions pas que la progression de la population autochtone au Manitoba est 20 p. 100 plus rapide que celle de la population non autochtone.

Dans 40 à 60 ans d'ici, nous serons aux prises avec un problème encore plus important si nous ne parvenons pas à instruire notre jeunesse. Je sais que votre comité s'intéresse au vieillissement,

proactively address the needs and the issues that are going to happen in the future, while at the same time trying to address the problems that we face today.

How are we going to do it? I do not know. It seems like everyday you wake up and you try and find some new magic solution. I think every organization does that. How are we going to effectively institute change? It is through partnering, is one thing. We cannot rely on the government to be able to fund us for everything. We have to search out money again, we have to try to find it, and we have to fight each other for it.

We have two seniors groups here that are sitting right next to each other, that I have never met, but I think we have a lot of the same initiatives. We too get funding from New Horizons for our elders program. It is through partnering and in finding those organizations and people and dedicated staff that will be able to put in that extra, because we cannot rely on our funding. And unfortunately, it does have to come extra from the grunt workers, from us right on the front lines.

How do we fix it? I do not know. It has to be addressed or that culture is lost and is not being handed down to our children.

Senator Cordy: I hear frustration. I am sure all three of you feel it at times. But what are the challenges for finding out about government programs? It is finding out about the programs and it is accessing the programs. Senator Carstairs mentioned the Guaranteed Income Supplement earlier. If you do not know about it and if seniors do not know about it, how can they apply for it? We have even heard that there are a number of Canadians who are not applying for Canada Pension, and so they are doing without it. Although, in Quebec, they are doing a great job of communicating it. But what are the challenges of finding out about government programs and being able to access funding for them?

I remember being in Newfoundland and they said sometimes paperwork is involved. We understand that every organization has to be accountable, but sometimes the paperwork, they had to ask themselves, is it worth going through all this to get \$5,000? They said you almost needed a full-time staff person just to become aware of programs and to fill out the application forms. Are you finding the same kinds of things?

Ms. Meade: I think that is one of our biggest struggles. I know we have access to Age and Opportunity, and we have access to the other senior organizations. But when there are only three, only two and a half staff, when do you have time to research out all the funding agencies and do all the paperwork?

mais les jeunes d'aujourd'hui seront les vieux de demain. Nous devons agir de façon proactive pour répondre aux besoins et aux problèmes qui vont se profiler dans l'avenir tout en essayant de régler ceux auxquels nous sommes confrontés à l'heure actuelle.

Comment allons-nous y parvenir? Je ne sais pas. Tous les jours on se lève et on se met en quête d'une nouvelle solution magique. Je pense que c'est ce que font toutes les organisations. Comment parviendrons-nous à instaurer le changement de façon efficace? Le partenariat est une solution. On ne peut s'en remettre au gouvernement pour tout financer. Nous devons nous mettre en quête de fonds, essayer de trouver d'autres budgets et, pour cela, nous battre les uns contre les autres.

Vous avez ici, côte à côte, deux groupes représentant des aînés que je n'ai jamais rencontrés, et cela bien que nous nous intéressions à nombre d'initiatives semblables. Nous aussi nous sommes financés par Nouveaux Horizons pour notre programme de personnes âgées. Nous œuvrons par le truchement de partenariats, en recourant à des organisations et à des gens, de même qu'à un personnel à temps plein qui peut apporter le petit plus nécessaire, parce que nous ne pouvons pas nous fier sur les fonds qu'on nous accorde. Malheureusement, il faut composer avec les employés mécontents, c'est-à-dire avec nous qui sommes en première ligne.

Comment régler tout cela? Je ne sais pas. Il faudra nous y attaquer, faute de quoi nous perdrons toute cette culture qui ne sera pas transmise à nos enfants.

Le sénateur Cordy : Je devine une certaine frustration. Je suis certain que vous ressentez tous la même chose, mais qu'est-ce qui est difficile dans l'information relative aux programmes gouvernementaux? Est-il difficile d'obtenir des renseignements sur les programmes et d'y accéder? Le sénateur Carstairs a parlé du Supplément de revenu garanti. Si vous n'êtes pas au courant de ce programme et si les aînés ne le sont pas non plus, comment peuvent-ils en faire la demande? On a même entendu dire qu'un certain nombre de Canadiens ne réclament pas leur chèque du RPC et qu'ils se débrouillent sans. En revanche, au Québec, le gouvernement fait un excellent travail de communication à ce sujet. Où réside donc le problème relativement à l'information sur les programmes gouvernementaux et sur l'accès au financement offert?

À Terre-Neuve, je me souviens qu'il a été question des problèmes que pose la paperasserie. Certes, toutes les organisations doivent rendre des comptes, mais les gens peuvent être amenés à se demander s'il vaut la peine de se heurter à toutes ces tracasseries administratives pour 5 000 \$? Les organismes prétendent qu'il leur faut quasiment avoir un employé à temps plein pour fouiller dans les programmes et remplir les formulaires de demande de subvention? Avez-vous constaté la même chose?

Mme Meade : J'estime que c'est là l'un de nos plus grands combats. Nous avons accès au programme Perspective des aînés de même qu'à d'autres organisations de personnes âgées. Toutefois, quand on n'a que trois employés, voire deux et demi, on n'a pas le temps d'effectuer de recherches pour trouver des organismes de financement et remplir tous ces papiers.

New Horizons is a good organization. To apply, you have a package that thick to fill out. A year ago, they funded us for sewing machines. We had to work on a package that thick just to get \$11,000. In return, when you finish that little project, you have to give back a package of reports that thick.

When there are only two people, and you have your daily work — you are doing activities and you are doing advocacy, and you are doing all the work, you know. That is the one thing. Another problem I see is that it is so difficult to get any monies for administration. You can get lots of little projects, but putting together a project that big is very hard. We are just lucky that Winnipeg Regional Health Authority is funding two positions. To get a position, to get funding for administration and overhead, is one of the difficult things we find. In order to be aware of all of these programs that are out there, to do all the proposals and all the research, it would take that one person to do that. With the limited number people working, it is difficult.

I myself just hear about them, and someone will email me. If someone emails me about a chance for funding, then you are taking a whole day just to put it together. North End Revitalization also gives out maybe \$5,000 here and there. Even for that \$5,000, you need a report that thick, you know. So that is one of the things that I find very difficult.

Our First Nation clients include Metis, Inuit, First Nation. To get any money from the federal government for First Nation people, or Manitoba Metis Federation, is like trying to build a bridge — it is very difficult. We sometimes write letters to the Assembly of Manitoba Chiefs saying, we have 21 First Nations clients, so can you donate this amount of money, we are going on a field trip. They will put in a penny in a bucket. It is difficult to get any money. We are not even attempting to help people for medical services and travel and all of that. We try to direct them to the tribal councils, because we would just never be able to reach anybody.

Senator Cordy: You said, quite rightly, that the best programs are the ones that come from the people who need the programs. Yet, Mr. Sinclair, you said the announcement of the program is when you find out about it, without any consultation, or with little consultation. I am just wondering how much consultation is there between the Aboriginal First Nations groups and the Government of Canada before programs are announced?

Mr. Wolfe, you talked about the National Joint Working Group for reviewing recommendations relating to health care. Who is on this joint working group, and is the communication just coming one way or is it a dialogue? Who is part of the group?

Mr. Wolfe: Typically, in terms of that one, we have Indian Affairs and Northern Development at the table, Health Canada is at the table, various provinces may be at the table. We also, at the

Nouveaux Horizons est une bonne organisation, mais la demande de fonds qu'il faut emplir est épaisse comme ça. Il y a un an, nous avons été financés pour l'achat de machines à coudre. Nous avons dû remplir des documents ça d'épais pour obtenir 11 000 \$. Et une fois que le petit projet est terminé, il faut remettre une masse de rapports.

Quand vous n'avez que deux employés, vous vazez aux tâches quotidiennes, vous vous adonnez aux activités nécessaires et vous faites du militantisme, vous faites tout le travail nécessaire. C'est une chose. L'autre problème, c'est qu'il est très difficile d'obtenir des fonds pour l'administration. On peut toujours lancer une kyrielle de petits projets, mais il est très difficile de mettre sur pied un gros projet. Nous avons de la chance que l'office régional de la santé de Winnipeg finance deux postes. Il est très difficile de créer un poste, d'obtenir des fonds pour l'administration et les frais courants. Or, pour être au courant de tous les programmes qui existent, pour préparer toutes les propositions nécessaires et effectuer la recherche, il faudrait une personne à temps plein. Compte tenu du faible nombre d'employés que nous avons, c'est difficile.

Personnellement, je viens tout juste d'entendre parler de certains programmes parce que quelqu'un m'en a fait part par courriel. Quand je reçois de tels courriels et que j'ai la chance d'aller chercher des fonds, il me faut toute une journée pour préparer la demande. North End Revitalization nous verse 5 000 \$ ici et là. Eh bien, même pour ces 5 000 dollars-là, il faut produire un rapport ça d'épais. C'est un des aspects qui fait problème.

Nos clients des Premières nations sont les Métis, les Inuits et les Indiens. Obtenir de l'argent auprès du gouvernement fédéral pour les Premières nations ou la Fédération des Métis du Manitoba, c'est comme construire un pont : c'est très difficile. Il nous arrive de devoir écrire à l'Assemblée des chefs du Manitoba pour dire que nous avons 21 clients appartenant à des Premières nations et qu'il faudrait que l'assemblée nous donne des fonds pour nous permettre d'entreprendre un périple sur le terrain. Ce qu'on nous donne, c'est trois fois rien, parce qu'il est très difficile d'obtenir de l'argent. Nous n'essayons même pas d'aider les gens pour obtenir des services médicaux et se déplacer. Nous les dirigeons vers les conseils tribaux, parce que nous ne parvenons jamais à contacter qui que ce soit.

Le sénateur Cordy : Vous avez justement dit que les meilleurs programmes sont ceux qui viennent des gens qui en ont besoin. Pourtant, monsieur Sinclair, vous avez dit découvrir l'existence de programmes au moment de leur annonce, que personne n'est consulté ou très peu. Jusqu'à quel point le gouvernement du Canada consulte-t-il les groupes de Premières nations avant d'annoncer les programmes?

Monsieur Wolfe, vous avez parlé du Groupe de travail national conjoint qui examine les recommandations concernant les soins de santé. Qui siège à ce groupe et la communication est-elle unilatérale ou bilatérale? Qui en fait partie?

M. Wolfe : Eh bien, pour ce qui est de ce groupe, on retrouve le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Santé Canada et différentes provinces. À l'échelon national, il y a aussi

national level, have input from the Assembly of First Nations Chiefs. That is typically how we get the advice and input in terms of the policy issues and studies of that nature.

Senator Cordy: Ms Meade, you have ideas that you think would be very workable. How do you communicate that to others, or is there anybody you can communicate it to? Right now you are sort of looking at programs that are in place and you are trying to make what you want to do fit into the program. If you want to do something that comes up as an idea from one of the elders that you are working with, how do you try and find a program that fits into what they need, or can you recommend new programming to start?

Ms. Meade: With our group, you mean?

Senator Cordy: Yes.

Ms. Meade: Well, because we are labelled, our name is Aboriginal Senior Resource Centre, it is very difficult to go to the politicians. The AMC and MMF, however, have big leaders, they have politicians. So we are way at the bottom here. We hope that we can hear there is some kind of funding and if our group wants to do that, then we apply. But it is not to say we would be the priority, because, as you know, the politicians are the biggest ones, the loud speakers. When they announce big monies, we will attend, but we never even get anywhere near, because the big politicians are there.

When you talk about Indian Affairs and Northern Development, well, even myself as a First Nation coming from a small community, I never even go to Indian Affairs because there is no use. Indian Affairs will say, you know, we look after that reserve first. But that is my reserve, you know. That is why a group of women fought for portability of treaty rights.

If there is portability of treaty rights, we should be able to access that money. The only money I have access to is my \$5.00 once a year, you know, that I can go and get. That is the only money, as a First Nation woman, from a First Nation community. But other than that, you have to live on the reserve.

The Chair: Which, by the way, I think is a bit of a myth. I think that many in the non-Aboriginal community think all Aboriginal people, no matter where they live, have access to all these programs. Those of us who have worked know that that is not true, but that is I think the perception often among the general public, that you have access to all of these programs.

Senator Chaput: Mr. Wolfe, you are Regional Director of Health Canada's Manitoba region, and it applies to First Nations and Inuit Health, but the funding is only for services on reserves. Even if, with the best intentions in the world, you would like to help Ms. Meade in her centre, because she has needs in transportation, your programs and policies and whatever would not help you to do so. Am I correct?

l'Assemblée des chefs de Premières nations. C'est en général ainsi qu'on recueille les avis au sujet des politiques et des études de cette nature.

Le sénateur Cordy : Madame Meade, vous avez des idées qui pourraient donner des résultats, selon vous. À qui vous pourriez-vous transmettre ces idées? Pour l'instant, vous étudiez les programmes existants et essayez de faire tout votre possible pour rentrer dans les cadres établis. Pour donner suite à une idée formulée par un des aînés dont vous vous occupez, comment vous y prenez-vous pour trouver un programme qui corresponde à ces besoins et pouvez-vous recommander de nouveaux programmes?

Mme Meade : Vous parlez de notre groupe?

Le sénateur Cordy : Oui.

Mme Meade : Comme nous sommes étiquetés en partant, puisque nous sommes le Centre de services des aînés autochtones, il nous est très difficile d'atteindre les politiciens. En revanche, AMC et MMF ont des dirigeants de poids et ont accès aux politiciens. Nous sommes donc tout en bas de la pyramide. Nous espérons toujours avoir vent d'un financement quelconque et, si celui-ci nous intéresse, nous faisons une demande. Cela ne signifie pas que nous aurons la priorité, parce que, comme vous le savez, ce sont les politiciens qui passent en premier, ceux qui se font entendre. Quand ils annoncent des fonds, nous courons à la nouvelle, mais nous sommes loin de pouvoir obtenir quoi que ce soit, parce que les politiciens sont là.

Même moi qui suis originaire d'une petite communauté de Première nation, je ne m'adresse jamais aux gens du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, parce que ça ne sert à rien. Les Affaires indiennes nous disent qu'ils s'occupent d'abord de telle ou telle réserve. Pourtant, il s'agit de ma réserve. C'est pour ça qu'un groupe de femmes s'est battu pour que les droits de traité soient transférables.

Puisque les droits de traité sont maintenant transférables, nous devrions avoir accès à ces fonds. Tout ce à quoi j'ai droit, c'est 5 \$ par an. C'est la seule somme qu'une femme indienne, une résidente de communauté de Première nation, peut obtenir. Sinon, elle doit résider dans une réserve.

La présidente : Ce qui, soit dit en passant, a donné naissance à un mythe. Beaucoup de non-Autochtones pensent que les Autochtones, peu importe où ils vivent, ont accès à tous ces programmes. Or, ceux d'entre nous qui ont travaillé sur ces questions savent que ce n'est pas vrai, mais je crois que c'est ainsi que la population en général perçoit la chose, autrement dit que vous avez accès à tous ces programmes.

Le sénateur Chaput : Monsieur Wolfe, vous êtes directeur régional de la région du Manitoba à Santé Canada qui s'occupe également de la santé des Premières nations et des Inuits, mais le financement en question est réservé à des services offerts dans les réserves. Même si vous étiez animé de la meilleure intention au monde, vous ne pourriez pas aider Mme Meade et son centre, parce qu'elle a des besoins de transport qui ne correspondent pas aux programmes et politiques que vous administrez. C'est exact?

Mr. Wolfe: For the most part. The only thing I would like to correct there, Senator, is that for non-insured health benefits like drugs and other services like that, off-reserve First Nations can access that. All the other programs are for on-reserve. That is the mandate.

Senator Chaput: Ms. Meade, you get some funding, I heard, from different programs or whatever. You end up filling applications, getting small sums of monies, and working with programs, and many times having to do much, very much paperwork. It is the same thing with Mr. Sinclair, I believe. You do not have access to any funding to enable the centres in Winnipeg as an example, to get together and work together and make sure that one knows what the other does. Did I understand correctly? Did I hear correctly? Because you did not get to meet Ms Meade before today, right?

Ms. Meade: No. I know the friendship centre. I go there; I have worked tables there. We use the friendship centre, for example, for the Folklorama, when we go and set up a table. We go there and negotiate for a free meal for the seniors there. They go there for functions. But as far as me and the organization, I always thought that organization is a friendship centre, a drop-in where you come and all of that. But I do work with Ma Mawi Wi Chi Itata Centre. I work with them. Like they do a star blanket training at our place because we have no money for that so they do that in the evening.

I partner with as many as I can. But I guess, in my eyes, I look at the friendship centre as a social program for everyone. I never see it as a senior centre.

Senator Chaput: I understand.

Ms. Meade: That is the reason why I do not, and I think Mr. Sinclair is new there because I knew all the staff before. In the area of recreation participation, socializing, we do go there. But as far as sitting down and say, well, let us look at our monies, we do not, we have not done that.

Senator Chaput: Either one of you, how many centres, if I may call them that way, are there in Winnipeg, centres that have to do with Aboriginal or First Nations, whether they are for youth or for elders? Are there quite a few?

Ms. Meade: I think each area has its own. East Kildonan has a drop-in centre, and the North End, and then St. Boniface has a little centre. But I do not know if they are all specifically for Aboriginal. I know East Kildonan has a little Aboriginal Resource Centre but that is for young people.

Senator Chaput: Do you want to answer that, too?

Mr. Sinclair: Yes. I could not give a number. But there are quite a few. Like right around the friendship centre in the immediate vicinity, we have five to 10, pretty evident. Like I say, there is Ma Mawa Wi, there is Ndinawe, there is a friendship centre, Rossbrook House. So there are a lot of avenues. What

M. Wolfe : C'est ça en grande partie. Il y a une petite chose que je me permettrai de corriger, sénateur, c'est que les Autochtones vivant hors réserve ont accès aux prestations de santé pour des services non assurés, comme les médicaments. Tous les autres programmes s'adressent aux services dans les réserves. C'est notre mandat.

Le sénateur Chaput : Madame Meade, vous avez obtenu des fonds de différents programmes. Vous remplissez des demandes, obtenez de petites sommes et travaillez dans le cadre des programmes offerts, le plus souvent après avoir rempli des tonnes de papier. Je suppose que c'est la même chose pour M. Sinclair. Si j'ai bien compris, vous n'avez pas accès à des fonds qui permettraient aux centres de Winnipeg, par exemple, de se rassembler et de travailler ensemble pour savoir ce que font les uns et les autres. Ai-je bien compris? Vous n'aviez pas rencontré Mme Meade avant aujourd'hui?

Mme Meade : Non. Je connais le centre d'amitié. J'y vais et j'y ai travaillé lors d'expositions, comme à l'occasion du Folklorama où nous avons un stand. Nous allons aussi négocier des repas gratuits pour nos aînés. Ils y vont pour des réceptions. Toutefois, en ce qui me concerne et en ce qui concerne mon organisation, j'ai toujours pensé que le centre d'amitié est une halte d'accueil. En revanche, je collabore avec le Centre Mawi Wi Chi Itata. Je travaille avec ces gens-là. Par exemple, ils viennent chez nous pour offrir une formation star blanket, car nous n'avons pas d'argent pour le faire. Ils organisent ça en soirée.

Je m'associe avec ce centre autant que possible. Toutefois, je considère que le centre d'amitié est un programme social ouvert à tous. Je ne l'ai jamais considéré comme un centre s'occupant d'aînés.

Le sénateur Chaput : Je comprends.

Mme Meade : C'est pour ça que je ne connais pas M. Sinclair, outre qu'il doit être nouveau, puisque je connais tout le personnel. Nous fréquentons toutefois le centre pour participer aux activités de loisirs, pour socialiser. Cependant, nous ne sommes pas allés jusqu'à nous asseoir ensemble pour échanger à propos des fonds que nous recevons.

Le sénateur Chaput : Ma question s'adresse à n'importe lequel d'entre vous. Combien de centres à Winnipeg, si je peux les appeler ainsi, s'occupent d'Autochtones ou de membres de Premières nations, que ce soit des jeunes ou des aînés? Y en a-t-il beaucoup?

Mme Meade : Je crois qu'il y en a un dans chaque secteur. Il y a une halte d'accueil dans Kildonan Est, dans le nord et, à Saint-Boniface, il y a un petit centre. En revanche, je ne sais pas si tous s'adressent aux Autochtones. Je sais qu'il y a un petit centre de services aux Autochtones dans Kildonan Est, mais il s'adresse aux jeunes.

Le sénateur Chaput : Pouvez-vous également me répondre?

M. Sinclair : Oui. Je ne peux pas vous donner de chiffres, mais je sais qu'il y en a pas mal. Au voisinage immédiat du centre d'amitié, il y en a cinq à dix qui sont assez visibles. Comme je le disais, il y a Ma Mawa Wi, il y a Ndinawe, il y a le centre d'amitié et la maison Rossbrook. Les options ne manquent donc pas. Je ne

each one pertains to, I could not say. And that is just in our general area. But then if you are looking West Broadway, if you are looking the North End, the North End Co-op is a cooperative that operates in Gilbert Park, but they have an office over in Brooklyn, in Weston.

There are a lot of different things out there. You can get your name on a mailing list through the North End Renewal Corporation, or the Aboriginal Centre out on Higgins there, where they send out a book, you know, it is this big, and it has a list of all the different services.

Ms. Meade: But there are no seniors.

Mr. Sinclair: There are no seniors groups.

Senator Chaput: Ms. Meade, you talked a while ago about focus groups. So when you put into place a focus group of elders, because you want to discuss a certain issue, how do you reach those seniors?

Ms. Meade: Well, when we do a focus group, we usually put it in the Native newspapers, like *Thunderbird Voice* and *Grassroads*, and then we advertise in the areas. Usually we will do about 12 to 15 seniors in a focus group. We did one on Henderson at Good Neighbour Seniors. We work quite well with non-Aboriginal seniors centres, because Good Neighbours just let us have our focus group there. Because we are trying to reach seniors in different areas, because that is our mandate through Winnipeg Regional Health Authority.

I think at the beginning I said that is the way of promoting our centre, recruiting. But, again, you have to be careful not to have an influx of people because how are you going to help them with very few resources?

Senator Chaput: At the beginning of your presentation, Ms. Meade, I believe you said, and I agree with you, that Aboriginal seniors past 65 should have the right to work if they want to, or many times if they need to. According to the focus groups that you have held and the people that go to your centre, do you know the kind of work that these seniors over 65 would like to do, or are looking at, or are there any skills that they would need to be trained for? Do you have an idea, or have you done that work yet?

Ms. Meade: Well, the last time we did a focus group, we talked about the areas where Aboriginal seniors would be interested in doing things. Right now, at least in the City of Winnipeg, there are lots of requests for seniors to go and work at the schools, to help out at the schools with honorariums. Two of our ladies help out like that. One is 81 years old and is a counsellor at Yellow Quill College two days a week. The other is a counsellor at the Red River College Aboriginal student organization there two

pourrais pas vous dire ce que fait chacun d'eux, mais sachez qu'ils se trouvent dans notre secteur en général. Et puis, il y a West Broadway et, dans le secteur nord, il y a la coopérative North End qui se trouve dans le parc Gilbert, mais qui a des bureaux à Brooklyn, à Weston.

Il y a bien des choses qui se font. Si vous donnez votre nom à la North End Renewal Corporation, ou au Centre autochtone de Higgins, on vous fait parvenir un livre épais comme ça qui donne la liste de tous les services offerts.

Mme Meade : Mais il n'y en a pas pour les aînés.

M. Sinclair : Non, il n'y a pas de groupes pour les aînés.

Le sénateur Chaput : Madame Meade, un peu plus tôt vous avez parlé de groupes de discussion. Comment parvenez-vous à contacter les aînés pour qu'ils fassent partie d'un groupe de discussion quand vous voulez traiter de certaines questions?

Mme Meade : En général, quand nous organisons un groupe de discussion, nous l'annonçons dans les journaux autochtones, comme *Thunderbird Voice* et *Grassroads*, et nous faisons de la publicité dans le coin. Le plus souvent, nous réunissons 12 à 15 aînés par groupe de discussion. Nous en avons fait un sur Henderson au Good Neighbour Seniors. Nous travaillons très bien avec les centres d'aînés non autochtones, parce que Good Neighbours nous permet d'y tenir nos groupes de discussion. Nous essayons en effet de rejoindre les aînés dans différents secteurs, parce que c'est le mandat que nous a donné l'office régional de la santé de Winnipeg.

Je crois avoir dit, au début, que c'est ainsi que nous faisons la promotion de notre centre et que nous recrutons. Cependant, nous devons veiller à ne pas être débordés par l'arrivée de nouveaux membres parce que nous n'avons que de maigres ressources.

Le sénateur Chaput : Au début de votre exposé, madame Meade, je crois vous avoir entendu dire — et je suis d'accord avec vous — que les aînés autochtones de plus de 65 ans devraient avoir le droit de continuer de travailler s'ils le désirent ou, dans bien des cas, s'ils n'ont pas le choix. D'après les groupes de discussion que vous avez organisés et les gens que vous accueillez à votre centre, savez-vous quel genre d'emploi les aînés de plus de 65 ans aimeraient occuper, ou quel travail ils recherchent ou encore de quel type de formation ils ont besoin pour acquérir des compétences particulières? En avez-vous une idée et avez-vous déjà couvert ce sujet?

Mme Meade : La dernière fois que nous avons tenu un groupe de discussion, nous avons parlé des domaines dans lesquels les aînés autochtones aimeraient travailler. Pour l'instant, du moins à Winnipeg, nous recevons beaucoup de demandes de personnes âgées pour occuper des emplois dans les écoles, pour aider les établissements scolaires moyennant quelques émoluments. Deux dames qui font partie de nos membres ont travaillé dans ces conditions. L'une d'elles a 81 ans et elle est conseillère au Yellow

days a week to three days a week. Another one, who is 77, works for New Directions as the elder counsellor.

Those are the jobs that our people can do. Then do not forget that our age group, the 65 year old and up, right now, are mostly the people that were in residential schools. They do have skills. I would not want to be a teacher again, but I was a teacher. I am working after 65. But I think there should be an incentive for seniors to continue to work, because there are a lot of skills.

As I go to these meetings, preparing for the elder abuse conference, a lot of elders are sitting there. Mind you, they are not Aboriginals. I am the representative of the Aboriginals. But I see all the skills in there. That is why I say we can work after 65. In fact, I predict a lot of us are going to have to work until we can do work no more, because of the economy.

The Chair: Mr. Wolfe, I would just like to end this afternoon with respect to a comment that you made about the Aboriginal Health Transition Fund. What are the successes? You mentioned the need for coordination. I think we all recognize that that has been the area where work must be done. Have you achieved any successes here in Manitoba?

Mr. Wolfe: At this point, no. Most of the programs have now been running for just over a year, so it is too early to tell. We are hopeful. We have seen some initial success, I think, in addressing the fact that was raised here, in that the jurisdictions are talking to each other. We have all the partners at the table. Even though, as you well know, government is always hamstrung by stove-piping jurisdictional issues. We deal with that on an ongoing basis. Often, First Nations are caught in the middle of that, regardless of the issues, whether medical transportation or other.

So we do have those people at the table. We are trying to get a better understanding of how that might be, and do what we can, within our respective mandates, to move things ahead. Because there is always flexibility. There are things that we can do and I am hoping we will be able to do. Because I do certainly understand the frustrations. First Nations and as government would like to see a seamless continuum of care from on-reserve into urban centre but often our policies do not allow for a continuation of that after a certain amount of time. After that, other services should kick in but in many cases they do not, at least not quickly enough. So you do have these rifts between them.

Quill College deux jours par semaine. L'autre est conseillère auprès de l'organisation étudiante du collège autochtone Red River, deux ou trois jours par semaine. Une autre, âgée de 77 ans, travaille pour New Directions en qualité de conseillère auprès des aînés.

Voilà les emplois que peuvent occuper nos aînés. Et puis, il ne faut pas oublier que les personnes appartenant à ce groupe d'âge, celui des 65 ans et plus, ont, pour la plupart, fréquenté les écoles résidentielles. Elles n'ont aucune compétence technique. Je ne voudrais plus être enseignante, mais je l'ai été. J'ai plus de 65 ans et je travaille. J'estime qu'il faudrait inciter les aînés à continuer à travailler, parce qu'ils sont une mine de compétences.

Quand je me rends aux réunions de préparation de la conférence sur la violence faite aux aînés, je rencontre beaucoup d'aînés, même s'ils ne sont pas autochtones. Je représente les Autochtones, mais je constate que ces gens-là représentent une masse de compétences. Voilà pourquoi j'affirme que nous pouvons travailler après 65 ans. Je m'avancerai jusqu'à prédire que beaucoup d'entre nous devront travailler pour des raisons économiques et ce, jusqu'à ce que ça ne soit plus possible.

La présidente : Monsieur Wolfe, j'aimerais terminer cet après-midi sur un commentaire que vous avez fait à propos du Fonds pour l'adaptation des services de santé des Autochtones. Quel succès avez-vous remporté? Vous avez évoqué une coordination nécessaire. Je crois que nous sommes tous d'accord sur le fait qu'il y a des aspects sur lesquels il convient de travailler. Avez-vous obtenu des résultats au Manitoba?

M. Wolfe : Pas à ce stade. La plupart des programmes que nous administrons ont un peu plus d'une année et il est donc trop tôt pour en parler. Nous demeurons optimistes. Nous avons constaté quelques résultats au début en ce sens que, comme nous l'avons dit tout à l'heure, les différents intervenants se parlent. Les partenaires sont assis à la même table même si, comme vous le savez très bien, le gouvernement est toujours empêtré dans des problèmes de compétences exclusives. Nous sommes régulièrement aux prises avec cela. Il arrive très souvent que les Premières nations soient prises entre deux feux, sans égard aux problèmes traités, qu'il s'agisse de transport pour raisons médicales ou d'autres questions.

Quoi qu'il en soit, tous ces gens-là sont parties prenantes. Nous essayons de voir comment on pourrait améliorer la situation et faisons notre possible, dans la limite de nos mandats respectifs, pour faire avancer les choses. Il y a toujours une question de souplesse qui intervient. Il y a des choses que nous pouvons faire et j'espère que nous allons les faire. Je comprends les frustrations des uns et des autres. Les Premières nations et le gouvernement souhaiteraient que les soins soient offerts sans discontinuité des réserves aux centres urbains, mais il arrive très souvent que les politiques en place limitent la période de transition. Une fois en milieu urbain, les Autochtones doivent se tourner vers d'autres services, mais dans bien des cas, ceux-ci ne sont pas offerts assez rapidement. Il y a donc des failles entre les deux types de services.

In short, no, it is too early to tell. I am hoping that we will see good evaluations. We do an annual evaluation, but most of these projects are fairly long-term and that takes some time to take effect.

The Chair: Well, it would be a good day when the huge elephant in the room, the one who is asking the question, "is this provincial, federal or municipal," would leave and go away, and we just decide that Canadians are Canadians.

Senators, we have a great gathering for our final panel session this afternoon. Maria Krentz is Acting Administrator for the Menno Home for the Aged. Steinbach 55 Plus is represented by Pat Porter, President, and Dianna White, Executive Director. We have the Club d'Amitié represented by Paulette Sabot, Treasurer. We have the Rest Haven Nursing Home, represented by Tannis Nickel, Director of Nursing Services. From the South Eastman Health Region, we have Sylvia Nilsson-Barkman, Services to Seniors Program Specialist.

Thank you, and I think we will begin with Ms. Krentz.

Maria Krentz, Acting Administrator, Menno Home for the Aged: Good afternoon. I was not sure how to prepare. After reading the second interim report of the Senate committee, I have some comments in relation to aging in place.

As stated in the second interim report of the Special Senate Committee on Aging, allowing seniors to age in the place of their choice requires a myriad of services, including adequate and affordable housing options, long-term care, community support services, and home care. The implementation of the Aging in Place Policy in this region is driving the building of supportive and assisted living housing units and more long-term care facilities or beds. The pattern has been to move an elder from their home to independent living apartment units, to assisted living, to supportive housing, and eventually to personal care home or long-term care. This model translates into four to five moves at least for any senior or disabled person, which changes their physical and social support systems, challenges their adaptation abilities, and often results in further social isolation and loneliness. We even impose marital separation. As stated by a cognitively well centenarian, as another move was being imposed on her, it was not the place that she was being moved into that was the problem, but the number of moves. There is no maintenance of choice.

Within the long-term care continuum, anecdotal reports demonstrate that with each move, the elder's loss of cognitive and physical functioning is significant. I feel that we are applying 20th century solutions to a 21st century need, and I feel there must be a better way.

Pour tout dire, il est beaucoup trop tôt pour se prononcer. J'espère que nous verrons bientôt de bonnes évaluations. Nous effectuons des évaluations annuelles, mais la plupart de ces projets portent sur le long terme et il faudra donc un certain temps pour qu'ils aient un effet.

La présidente : Ce sera effectivement merveilleux le jour où le gros éléphant qui pose des questions du genre « Est-ce de ressort provincial, fédéral ou municipal » quittera la pièce et où nous pourrions décider que tous les Canadiens sont bel et bien des Canadiens.

Sénateurs, nous allons accueillir le groupe de témoins suivant. Il s'agit de Maria Krentz, administratrice intérimaire à Menno Home for the Aged et de Pat Porter, présidente, ainsi que de Dianna White, directrice générale, de Steinbach 55 Plus. Du Club de l'Amitié, nous accueillerons Paulette Sabot, trésorière. Le Rest Haven Nursing Home est représenté par Tannis Nickel, directrice des services infirmiers, et Santé Sud-Est Inc. est représenté par Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste du programme de services aux aînés.

Merci. Je pense que nous allons débiter par Mme Krentz.

Maria Krentz, administratrice intérimaire, Menno Home for the Aged : Bonjour. Je ne savais pas exactement comment me préparer, mais après avoir lu le deuxième rapport intérimaire du comité sénatorial, je me propose plutôt de vous faire part de mes commentaires au sujet du vieillissement.

Comme l'indique le deuxième rapport intérimaire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, afin de permettre aux aînés de vieillir là où ils le veulent, il faut leur offrir une myriade de services, y compris un logement adéquat et abordable, des soins de longue durée, des services de soutien communautaire et des services à domicile. Dans notre région, la mise en œuvre de la politique relative au vieillissement à l'endroit de son choix motive la construction d'unités de logement-services ou de logement avec services de soutien ainsi que davantage de lits ou d'installations de soins de longue durée. En général, les aînés passent de leur domicile à des unités d'appartement pour personnes indépendantes, puis à un logement-services, avant de passer dans un centre avec services de soutien et d'aboutir finalement dans un foyer de soins personnalisés ou de soins de longue durée. Ce modèle impose quatre à cinq déménagements au moins pour tout aîné ou toute personne handicapée, ce qui modifie son réseau de soutien social et physique, met à rude épreuve ses capacités d'adaptation et aggrave souvent son isolement social et sa solitude. Nous imposons même la séparation des couples. Comme l'a déclaré une centenaire qui avait toute sa tête à la faveur d'un nouveau déménagement qu'on lui imposait, ce n'était pas tant l'endroit où elle allait se retrouver qui lui causait problème, mais bien le nombre de déménagements. On ne maintient pas les personnes là où elles veulent.

Dans le système de soins de longue durée, des rapports isolés font état du fait qu'à chaque déménagement, l'aîné perd un peu plus de ses capacités cognitives et physiques. J'estime que nous appliquons des solutions du XX^e siècle à des besoins du XXI^e siècle et j'ai l'impression que nous devons faire mieux.

I believe that moving to institutionalized settings is counter to the principle of encouraging aging in place, even if they are located within the same home community. All levels are forms of institutionalization, but only the personal care home or long-term care includes some programming for a holistic approach to living and wellness at all stages, and this is somewhat individualized and monitored. In assisted and supportive housing and long-term care, many of the activities of daily living are attended to by paid staff, usually focusing on the physical and safety needs. This decreases the opportunity for physical and social activity and leads to dependence and loss of meaningful life activities, or a purpose for being. Data already demonstrates that a reduction in activity levels is associated with seniors who live in institutions or in isolation.

As identified by the interim report, people are living longer and healthier lives. Also there is a need to heed the warning not to overbuild, a critical element that may result in an over-abundance of physical structures, similar to the proliferation of hospitals. In this region, we are already experiencing a dip in the number of people awaiting placement and the length of time that they are waiting for a PCH bed.

The challenge today is not to physically relocate our elders, unless they choose to, but to mobilize resources to match their needs. The focus must remain on changing the service delivery and not only the environmental structures, such as assisted living and supportive housing. These systems do provide support to meet physiological needs, through nutrition/meals, housekeeping, laundry, et cetera. But, based on my personal experience, the expectation is for an individual to be motivated to access any of the social or recreational activities. Often, they sit in their little apartment alone.

Again, as stated in the interim report, studies have demonstrated a strong correlation between positive social relationships and mental and physical health, and that a lack of social relationships has also been identified as a risk factor for the development of health problems. Data supports that people in urban areas have increased social exclusion compared to those living in the rural communities. However, perhaps building these types of housing alternatives also approximates mini cities, irrespective of their location.

The power of being invited makes people feel wanted and increases participation. Reaching out can be at an individual or at a group community level. This approach is in concert with addressing the identified barriers, whereby an enabler can be in the form of a personal invitation to participate. This is effective in personal care homes whereby the recreation aides invite residents to participate in scheduled activities. If they happened to forget, they are reminded. But they always have a choice of attending or not attending.

J'estime que le placement en établissement va à l'encontre du principe de l'encouragement du vieillissement à l'endroit de son choix, même si les aînés demeurent dans la même collectivité. Les différents paliers que j'ai énoncés sont des formes d'institutionnalisation, mais ce n'est que dans les foyers de soins personnalisés ou dans les centres de soins de longue durée que sont offerts des programmes holistiques favorables au bien-être à toutes les étapes, parce que les interventions sont personnalisées et contrôlées. Dans les logements-services et les logements avec services de soutien, de même que dans les centres de soins de longue durée, un grand nombre d'activités de la vie courante sont organisées par du personnel rémunéré qui se concentre le plus souvent sur les besoins physiques des aînés et sur leur sécurité. Cette situation réduit, chez eux, la possibilité d'avoir des activités physiques et sociales, conduit à leur dépendance et à une absence d'activités vitales véritables, autrement dit à une disparition de la raison de vivre. Les données montrent que les aînés placés en établissement ou en situation d'isolement sont moins actifs.

Comme l'indique le rapport intérimaire, on vit plus longtemps et en meilleure santé. Celui-ci nous prévient par ailleurs de ne pas tomber dans un excès qui consisterait à bâtir trop de structures physiques, du genre prolifération d'hôpitaux. Dans notre région, on constate déjà une diminution du nombre de personnes en attente de placement et de la durée d'attente pour l'obtention d'un lit en foyer de soins personnels.

Le défi de l'heure n'est pas de changer nos aînés de lieu de résidence, à moins qu'ils ne le décident eux-mêmes, mais plutôt de mobiliser nos ressources en fonction de leurs besoins. Il faut chercher à modifier la prestation des services et pas uniquement les structures d'accueil, comme les logements avec services de soutien et les logements-services. Ces derniers assurent le soutien nécessaire pour répondre à des besoins physiologiques, par la nutrition et les repas, l'entretien ménager, le lavage du linge et ainsi de suite. D'après ce que j'ai constaté personnellement, on s'attend à ce que les aînés soient suffisamment motivés pour participer aux activités sociales ou récréatives, mais bien souvent, ils restent confinés dans leur petit appartement.

Comme le précise le rapport intérimaire, les études ont démontré l'existence d'un lien étroit entre les relations sociales positives et la santé mentale et physique, et elles ont aussi fait ressortir que l'absence de relations sociales constitue un facteur de risque relativement à l'apparition de problèmes de santé. Les données confirment que les résidents des régions urbaines souffrent davantage d'exclusion que ceux qui vivent dans les régions rurales. Or, ces types de logements de substitution ressemblent beaucoup à des minivilles, où qu'ils se trouvent.

Les personnes qu'on prend par la main se sentent désirées et elles ont tendance à participer davantage. L'approche peut être personnelle ou collective et elle doit viser à combattre les obstacles constatés, l'instrument utilisé étant alors l'invitation personnelle à participer à une activité. C'est ce qui fonctionne très bien dans les foyers de soins personnalisés où les préposés aux services récréatifs invitent les résidents à participer à des activités programmées. Si les aînés oublient, on leur adresse un rappel. En revanche, ils ont toujours le choix de participer ou pas.

Allocation of resources, fiscal and human, should focus on restructuring what exists instead of building more of the same. Seniors and disabled do require safe environments that support socialization, relationship building, education, and meeting all of the other determinants of health. With today's technology, we have the means to promote safety through improved vigilance and more timely responses. The restructuring must include professional and non-professional supports that promote healthy living and quality of life, minimizing displacements across the continuum of alternative housing, with the overarching goal being mobilization of resources to where the people live and not mobilizing the seniors to centralized services. We should never impose more than one move.

On page 43, your interim report talks about "one-stop shopping." This analogy can be further reduced to just a one stop, similar to an all inclusive resort. An idealistic integration of housing, health, recreational, social and spiritual assets can be provided within a one-stop model. For example, as I age, my ability to independently meet personal holistic needs can no longer be achieved within my home setting. However, my husband remains relatively healthy and independent. There would only be one move, involving both of us. The integrated model would provide housing for both, with access to shared services, such as meals and laundry, whereby the level of support provided is flexible based on needs, developing a community within a community. It would be almost like a commune, which would definitely appeal to the hippies of my generation. Thus my husband would have the opportunity to stay by my side, prepare his own meals, et cetera, and assist in providing care to meet my needs and the needs of others. He likes to be helpful.

With continuous and flexible services, even with disabilities, we can actively contribute to our own health and that of others. A feeling of shared helping/caring amongst the residents would be nurtured. Every person would be supported to contribute and participate safely in meaningful life activities. Safety devices are installed in all suites, but only those needed for the safety of the specific individual would be activated, to avoid violating privacy. Recreational opportunities can include a pool, theatre, bowling, a park, et cetera. For couples, when one spouse is deceased, the other remains in the same place, supported and nurtured, based on his or her needs amongst people with whom he/she shares a relationship. This same community would function based on democratic process where representatives can even be elected to govern that community.

I also want to share a real example of commitment and needs between spouses. We have a resident who required admission to personal care related to a severe decline in cognitive abilities. It

Il faudrait consacrer les ressources financières et humaines à la restructuration de ce qui existe déjà, plutôt qu'à la construction d'unités. Les aînés et les personnes handicapées ont besoin d'évoluer dans des milieux sûrs, favorables à la socialisation, à l'instauration de relations, à l'apprentissage et au respect de tous les autres déterminants de la santé. Grâce aux moyens technologiques actuels, il nous est possible de promouvoir la sécurité par le biais d'une vigilance accrue et d'un meilleur temps de réaction. La restructuration doit porter sur les services de soutien professionnels et non professionnels destinés à favoriser une qualité de vie et des habitudes de vie saines, à réduire les déplacements d'un logement de substitution à un autre, le but ultime étant de mobiliser les ressources sur les lieux de vie des personnes plutôt que de regrouper les aînés autour de services centralisés. Il ne faudrait jamais imposer plus d'un déménagement à qui que ce soit.

À la page 49 de votre rapport intérimaire, vous parlez de « guichet unique ». On pourrait pousser l'analogie en parlant plutôt de guichet à services groupés, un peu comme dans les lieux de villégiature tout inclus. Dans ce dernier modèle, on pourrait idéalement intégrer des services de logement, de santé et de loisirs, des services sociaux et des services de nature spirituelle. Par exemple, plus je vieillis et moins je suis en mesure de répondre à mes besoins personnels globaux, de façon autonome, dans mon propre logement. Cependant, mon conjoint, lui, est resté en santé et a conservé une relative autonomie. Nous ne devrions avoir à déménager qu'une seule fois, tous les deux. Le modèle intégré assurerait un logement au couple et leur donnerait accès à des services communs, comme les repas et le lavage du linge, tandis que le niveau de soutien serait souple, car fonction des besoins, ce qui donnerait lieu à une communauté au sein de la communauté. Ce serait un peu comme une commune, évidemment très attrayante pour les hippies de ma génération. Ainsi, mon conjoint aurait la possibilité de rester à mes côtés, de préparer ses propres repas et ainsi de suite, et de m'aider dans la prestation de soins adaptés à mes besoins et aux besoins des autres. Il aime se rendre utile.

Grâce à des services souples et continus, même les personnes handicapées peuvent continuer à contribuer activement à leur santé et à celle des autres. Dans ce contexte, on stimulerait le sentiment d'utilité et d'échange avec les autres. Chacun serait soutenu pour contribuer et participer en toute sécurité à des activités de vie dignes de sens. Tous les appartements auraient un dispositif de sécurité, mais ce n'est qu'en cas d'absolue nécessité, pour la sécurité de certaines personnes, qu'ils seraient activés, afin d'éviter toute violation de la vie privée. Du côté des loisirs, on pourrait trouver une piscine, un théâtre, une piste de bowling, un parc et ainsi de suite. En cas de décès d'un des deux conjoints, l'autre demeurerait sur place et l'on continuerait de s'en occuper en fonction de ses besoins. Il resterait parmi ceux et celles avec qui il aurait établi des relations. Cette même communauté fonctionnerait suivant les principes de la démocratie où des représentants pourraient être élus afin de diriger l'ensemble.

Je vais également vous parler d'un exemple vécu d'engagement et de besoins entre conjoints. Nous avons une résidente qui a dû être admise en établissement de soins personnalisés à cause d'un

challenged and exhausted the husband's abilities to provide a safe environment for her. The wife is admitted, the husband is there everyday, assisting her in any way he possibly can, because, in his words, she is his wife and that is his promise to her. The children are concerned that he is severing connections with the outside world. He has joined our in-house choir, attends church services, participates in some recreational activities such as games, and enjoys the special programming that volunteers bring. Based on his experience as a greenhouse owner, he supervises the yard work, sharing his expertise. But everyday he has to come to the personal care home, and then he returns to an independent living housing apartment where he and his wife moved when they could no longer be supported in their own home.

In summary, building more independent living, assisted living, supportive housing, and long-term care units based on existing models, to me, violates the aging in place principle. It displaces the seniors repeatedly through the necessitated moves. A novel integrated approach that minimizes relocating of the seniors, but provides flexible human and physical resources would maximize the health of the aging population without generating future obsolete infrastructure.

The Chair: Thank you. I like that, mobilize the need, not mobilize the seniors. Well said.

Tannis Nickel, Director, Nursing Services, Rest Haven Nursing Home: Good afternoon. I am from Rest Haven Nursing Home. The Haven Group also includes other facilities, including Cedarwood Supportive Housing and WoodHaven Manor.

Our organization is owned by seven Evangelical Mennonite churches in the Steinbach area. We provide contract services for the personal care home to the South Eastman Region. The churches saw the needs of their elders and began the personal care home so that they could be looked after in the way that they found that they wanted. It began with the long-term care home, and then a supportive living home of 30 units was built, and then Woodhaven Manor, which has 86 suites, 20 are rent geared to income housing, and 66 are life-lease housing units.

The apartment complex is next to Rest Haven, which kind of adds to Maria's philosophy of aging in place as best as we can. Being juxtaposed in this way has certainly improved the lives of our residents and the families trying to make the best of the situation that we have. There is an opportunity for a husband to be living maybe in long-term care, and his wife perhaps to live independently in the manor. This is a move, but it is a simpler transition. This solves a bit of the transportation problem. However, once they are at the point that they have lost many of their facilities, they have to move from Woodhaven into a personal care home, which is not the best.

déclin grave de ses habilités cognitives. Son époux n'était plus en mesure de lui offrir un milieu sûr et il s'était épuisé à la tâche. La dame a donc été admise en établissement et son conjoint la visite tous les jours, l'aide dans toute la mesure du possible parce que, comme il le dit, elle est son épouse et qu'il le lui avait promis. Ses enfants craignent qu'il ne se coupe du monde extérieur. Il a intégré notre chorale maison, il participe aux offices religieux, à des activités récréatives comme certains jeux et il apprécie beaucoup les programmes spéciaux animés par des bénévoles. Comme il a possédé une serre, il supervise le travail à l'extérieur et fait profiter les autres de ses connaissances. Tous les jours, il doit se rendre au foyer de soins personnels et réintégrer ensuite un logement avec services de soutien où lui-même et son épouse avaient déménagé quand il ne leur avait plus été possible d'obtenir les services nécessaires à domicile.

Pour résumer, je dirais que le fait de construire davantage de logements indépendants, de logements-services, de logements avec services de soutien et d'unités de soins de longue durée d'après les actuels modèles va à l'encontre du principe consistant à permettre aux aînés de vieillir à l'endroit de leur choix. À cause de cela, les aînés ne cessent de déménager d'un endroit à l'autre. Une approche intégrée inédite, visant à réduire au minimum les déménagements des aînés tout en disposant de ressources humaines et physiques souples permettrait d'optimiser la santé de notre population vieillissante sans pour autant créer des infrastructures appelées à être obsolètes un jour.

La présidente : Merci. J'aime bien votre idée de mobiliser les besoins plutôt que les aînés. C'est bien trouvé.

Tannis Nickel, directrice, Services infirmiers, Rest Haven Nursing Home : Bonjour. Je représente Rest Haven Nursing Home, qui fait partie du groupe Haven, lequel compte d'autres installations dont Cedarwood Supportive Housing et le manoir WoodHaven.

Notre organisation appartient à sept églises mennonites évangéliques de la région de Steinbach. Nous offrons des services à contrat aux foyers de soins personnels de la région de South Eastman. Après avoir constaté les besoins de leurs aînés, les églises ont décidé d'ouvrir un foyer de soins personnels afin qu'il soit possible de s'occuper d'eux de la manière dont le souhaitent les églises. Cela a commencé par un foyer de soins de longue durée, s'est poursuivi par la construction d'un foyer avec services de soutien de 30 unités, puis a abouti au manoir Woodhaven, qui compte 86 appartements, dont 20 sont destinés à être loués en tant que logements normaux et 66 en tant qu'unités louées à vie.

Le complexe à appartements se trouve à proximité de Rest Haven, ce qui en fait un lieu qui va un peu dans le sens de la philosophie de Maria, soit de permettre aux personnes âgées de vieillir là où elles le désirent, dans toute la mesure du possible. Ce genre de juxtaposition a très certainement amélioré la vie de nos résidents et de leurs familles qui essaient de tirer le meilleur de la situation. Le conjoint a la possibilité de résider dans l'établissement de soins de longue durée tandis que son épouse vivra en toute autonomie au manoir. Il s'agit effectivement d'un déménagement, mais la transition est plus simple. Cela a permis de résoudre le problème du transport. Quoi qu'il en soit, quand les

The residents at Woodhaven very often volunteer at Rest Haven, the personal care home, and they find a lot of support with that. So the volunteer program is very strong and the juxtaposition of the two facilities enables this. We have about 266 volunteers at Rest Haven Personal Care Home.

Other issues that come up with families that I work with are issues of housing options in the community. And again, they move from the home and a yard and working out of the home, and move to a smaller apartment due to health or need for more services. I am from the southeast region, Stuartburn, and in that area we still have many elders living in homes without running water and things like that. And actually, my grandmother had to move into a home because home care would not provide service because they had no running water. The running water was me and the 5-gallon pail.

The things when I often hear when a new resident moves in are issues relating to the physical structure of the house. We actually have one contractor who goes around and offers help to enlarge doorways and makes ramps, and things like that. And it is a huge help to some of the areas that do not have easy access. So the elderly resident can stay in their home a bit longer.

In reading the report, I found several issues that concern our residents in South Eastman, and the families and volunteers that work at Rest Haven. And it is reassuring to me that these issues are being looked at.

Thank you for the opportunity to speak here.

The Chair: Thank you.

And now from Ms Paulette Sabot.

[Translation]

Paulette Sabot, Treasurer, Club de l'Amitié: Madam Chair, I was asked to talk about our club in La Broquerie, which is called the Club de l'Amitié. So here is an overview of the main activities that take place in the course of a year in our little village. We have a physical activity program led by a very good coordinator every Tuesday morning. The third Thursday of every month, except for the summer, we put on a lunch, which we cook ourselves. And twice a year, we have a group outing to someplace, and then we go for lunch or supper. Last year we visited a recycling plant, Prairie Bio Energy, here in La Broquerie, and the Premier Peat Moss plant in Richer.

In October we go to St. Boniface to see the play for seniors, and again we take the opportunity to have lunch or supper out. We manage to fill seven or eight cars. That way, people who do

ainés en sont au point où ils ont perdu la plus grande partie de leurs moyens physiques, ils doivent déménager de Woodhaven dans un foyer de soins personnels, ce qui n'est pas la meilleure solution.

Il arrive souvent que les résidents de Woodhaven se portent volontaires à Rest Haven, le foyer de soins personnels, et qu'ils y trouvent beaucoup d'appui. Nous avons donc un programme de bénévoles très solide que nous permet de juxtaposer les deux installations. Nous comptons quelque 266 bénévoles au foyer de soins personnels Rest Haven.

Les autres problèmes que je constate au contact des familles avec qui je travaille concernent les options de logement au sein de la collectivité. On voit des aînés qui déménagent d'une résidence avec jardin — grâce auquel ils pouvaient travailler un peu à l'extérieur — dans un petit appartement à cause de leurs problèmes de santé ou de la nécessité d'obtenir davantage de services. Je viens de la région du sud-est, de Stuartburn, où nous comptons de nombreux aînés qui vivent dans les maisons où il n'y a même pas d'eau courante. Ma propre grand-mère a dû déménager dans un foyer, parce qu'à cause de l'absence d'eau courante, elle n'était pas admissible aux services de soins à domicile. L'eau courante, c'était moi qui la lui procurais sous la forme de seaux de 5 gallons.

Quand de nouveaux résidents emménagent, j'entends souvent parler de problèmes liés à la structure de la maison. Sur place, nous avons un entrepreneur qui fait de menus travaux, comme élargir les entrées et bâtir des rampes d'accès. Il demeure que, dans certaines zones où l'accès n'est pas facile, ce genre d'aide est appréciable. Ce faisant, le résident âgé peut rester plus longtemps chez lui.

À la lecture de votre rapport, j'ai retrouvé plusieurs problèmes qui préoccupent nos résidents de South Eastman ainsi que les familles et les bénévoles qui travaillent à Rest Haven.

Merci de m'avoir donné l'occasion de vous parler.

La présidente : Merci.

Nous allons maintenant entendre Paulette Sabot.

[Français]

Paulette Sabot, trésorière, Club de l'Amitié : Madame la présidente, on m'a demandé de parler de notre club de La Broquerie, qui s'appelle le Club de l'Amitié. Voici un aperçu des principales activités qui ont lieu au cours d'une année dans notre petit village. Nous avons un programme d'activités physiques animé par une très bonne coordonnatrice, tous les mardis matins. Tous les troisièmes jeudis, excepté les mois d'été, nous offrons un dîner que nous cuisinons nous-mêmes. Deux fois par année, nous sortons en groupe et visitons un endroit, et ensuite nous sortons pour dîner ou pour souper. L'an dernier, nous avons visité une usine de recyclage, Prairie Bio Energy, ici à La Broquerie, et le plan de Premier Peat Moss à Richer.

Au mois d'octobre, nous nous rendons à Saint-Boniface pour voir la pièce des aînés; encore là, on en profite pour dîner ou souper au restaurant. Nous nous organisons pour remplir sept ou

not drive anymore or who do not like to drive to St. Boniface can still take part. This year there is even a group from our club in La Broquerie that is going to take part in the play.

At our lunch in March, we had a dozen students join us. It was a lunch to talk about the differences between life today and life 50 years ago, including activities, the cost of living, means of transportation and religion. The churches used to be too small and now they are too big.

At Christmas, we have the most special meal, a supper, attended by about 100 people. It is a Christmas treat, with turkey, meat pies and so on. And after supper a few members of the choir start to sing their Christmas carols.

In February, there are the Festival du Voyageur activities at the hotel in La Broquerie. Most of the members of the Club de l'Amitié go there for supper and, after supper, there is a musical evening with traditional songs and dancing.

In late April, we go to Sainte-Agathe for the spring games organized by the FAFM. There are cribbage, 500, whist and shuffleboard tournaments. Very interesting.

We also offer very low-cost lunches after funerals; we charge just enough to cover the cost of the food, which is prepared by the members of our club.

There is another volunteer service. If someone needs to go to the doctor's or do some errands, there are always drivers available for them. The club is also open afternoons. Some men meet to play billiards. As some people say, we do not want to get rusty in La Broquerie, so we keep busy.

[English]

The Chair: Thank you. And now from Sylvia Nilsson-Barkman, please?

Sylvia Nilsson-Barkman, Services to Seniors Program Specialist, South Eastman Health: I have prepared a little differently. There were basically four issues that I thought I would bring forward. I have more of a regional perspective in that I serve the region.

When I think about "rural," I think about it differently than some people. There is rural-urban, like Steinbach, there is rural-rural like Ste. Anne, and there is rural-remote. And it is the rural-remote that I will allude to in a couple of the situations that I am bringing forward. Because it seems like the smaller you get, the greater the challenge, and we certainly have some challenges.

I work with an organization called the Eastman Senior Citizens Council, which is made up of representatives from 21 senior clubs and the multi-purpose senior centre. And they have identified the greatest need as transportation. They have been voicing their concern to various people. And I think, again, the more rural you get, the more of a challenge transportation becomes as well.

huit automobiles. De cette manière-là, les personnes qui ne conduisent plus ou n'aiment pas conduire à Saint-Boniface peuvent quand même en profiter. Cette année, il y a même un groupe de notre club de La Broquerie qui doit participer à la pièce.

À notre dîner de mars, nous avons eu une douzaine d'étudiants qui se sont joints à nous; c'était un dîner de partage, portant sur la comparaison de la vie d'aujourd'hui avec celle d'il y a 50 ans comme les activités, le coût de la vie, les moyens de transport et la religion; les églises étaient trop petites dans le temps et maintenant, elles sont trop grandes.

À Noël, nous avons le repas le plus spécial, c'est le souper où nous accueillons à peu près 100 personnes. C'est un régal où l'on sert la dinde, les tourtières, et cetera. Après le souper, quelques membres de la chorale entament des chants de Noël.

Au mois de février, il y a les activités du Festival du voyageur à l'hôtel de La Broquerie. Alors, la plupart des membres du club de l'amitié s'y rendent pour souper et, après le souper, il y a une soirée de musique, de chants traditionnels et de danse.

À la fin d'avril, nous nous rendons à Sainte-Agathe pour les Jeux du printemps organisés par la FAFM. Il y a des tournois de cribbage, de 500, de whist et de shuffle board. Très intéressant.

Nous offrons aussi un goûter après les funérailles à un prix très modique; on prend le prix qui couvre à peu près la nourriture et tout est préparé par les membres de notre club.

Il y a un autre service de bénévoles. Si quelqu'un a besoin d'aller voir le médecin ou de faire d'autres courses, il y a toujours des chauffeurs disponibles pour eux. Le club est aussi ouvert tous les après-midi, il y a quelques hommes qui se rencontrent et jouent au billard. Comme diraient certaines personnes, on ne veut pas rouiller à La Broquerie, alors on grouille.

[Traduction]

La présidente : Merci. Passons maintenant à Sylvia Nilsson-Barkman, si vous voulez bien.

Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste de programme en services aux aînés, Santé Sud-Est Inc. : Je me suis préparée de façon un peu différente. Je me propose d'aborder quatre grandes questions et d'apporter un point de vue plus régional à ce débat, puisque je travaille dans une région.

Le mot « rural » illustre chez moi quelque chose de différent que chez les autres. Il y a le rural-urbain, comme à Steinbach, le rural-rural, comme Sainte-Anne et le rural-éloigné. Je me propose de vous parler du rural-éloigné en vous présentant deux situations. Comme on dirait que plus on est petit, plus le défi est important, sachez que nous ne manquons pas de défis.

Je travaille pour une organisation qui est le Eastman Senior Citizens Council, composée de représentants de 21 clubs d'aînés et du centre polyvalent pour aînés. Le besoin le plus important qui a été constaté concerne le transport. Les aînés ont fait part de leurs préoccupations à cet égard à nombre de personnes. Encore une fois, j'estime que plus on est en région rurale et plus les problèmes à surmonter sur le plan du transport sont importants.

In our region we have three communities that have handi-van services. That is not very much. This is a whole region with only three communities that have handi-van. The other services are provided through volunteer drivers that are recruited through community and tenant resource programs in the region. And the difficulty they face is finding volunteers who can take people with disabilities. If someone is in a wheelchair, or if they are not very safe transferring, then really they need a handi-van. And the volunteer driving program is not maybe something that best serves them.

Handi-vans are not very viable because they are extremely expensive once you get outside a more urban area. Dianna White and Pat Porter are sitting here, and they will say they are even expensive in Steinbach which I consider to be urban-rural.

I guess part of the problem is that in order for a community to purchase a handi-van, they have to raise a considerable amount of money, because the program that intergovernmental services offers only provides a portion of the capital cost for a handi-van and part of the operating costs. The costs are really put down onto the people that are using the services. That cost becomes really quite prohibitive for some people.

I will just give you some real figures. If one were to take the handi-van to see a specialist, let us say, because specialists are usually in Winnipeg, it would cost \$94. To that, you can add another \$26 for waiting for one hour and if you wait for more than one hour, another \$26. So that is \$120 just to go and see a doctor in Winnipeg.

Now, if I were to take our most remote area, in the Rural Municipality of Piney, the cost would be over \$200 if that person had a handi-van. Now, they do not have handi-vans, they only have volunteer drivers, so the amount is a bit less. Of course, that does not suit everybody's need if their physical needs are greater than a volunteer driver can provide. So it is extremely expensive to rural people to use some of these services.

We are also experiencing a decline in the number of volunteer drivers that can actually drive people into the City of Winnipeg to see specialists. We find most of our volunteers are seniors themselves, and some of them are older seniors. The younger seniors are having a great time in life. They are not always volunteering, they are not always going to the Club de l'Amitié, right? They might volunteer some, I am not saying they are doing nothing. But a lot of them are older seniors. They do not feel comfortable driving in the city, it is very frightening for them to drive there. Or they might have a disability that prevents them from weaving in and out of traffic and handling that. So that is a great need.

Dans notre région, nous comptons trois collectivités qui offrent des services de minibus pour handicapés ou « handi-van ». Ce n'est pas beaucoup. La région est immense et trois collectivités seulement exploitent ce genre de véhicule. Les autres services de transport sont assurés par des chauffeurs bénévoles que l'on recrute au sein de la collectivité et par le biais de programmes de services aux locataires dans la région. La difficulté réside dans le fait de trouver des bénévoles susceptibles de conduire les personnes handicapées. Dès que quelqu'un est en chaise roulante ou que son transport est délicat, il faut recourir à un « handi-van ». Dans ce cas, le programme de chauffeurs bénévoles n'est pas ce qui convient le mieux.

En dehors des régions urbaines, les minibus pour handicapés ne sont pas la formule la plus économique parce qu'ils sont très dispendieux. Dianna White et Pat Porter pourront vous dire que ces véhicules sont très coûteux à exploiter à Steinbach que je considère comme une région urbaine-rurale.

Je crois qu'une partie du problème tient au fait que, pour qu'une collectivité achète un « handi-van », il faut recueillir énormément d'argent étant donné que le programme administré par les services intergouvernementaux ne couvre qu'une partie des coûts d'immobilisation de ce véhicule et des frais d'exploitation. Ce sont en fait ceux qui utilisent les services qui doivent assumer une grande partie des coûts, et pour certains, ils sont tout simplement prohibitifs.

Je vais vous donner quelques chiffres réels. Si l'on veut appeler un « handi-van » pour se rendre, par exemple, à un rendez-vous de spécialiste — parce qu'en général les spécialistes se trouvent à Winnipeg — il peut en coûter 94 \$. Il faut ajouter à cela 26 \$ pour une attente d'une heure et 26 \$ de plus si l'attente est supérieure. En fin de compte, pour aller voir un médecin à Winnipeg, il en coûte 120 \$.

Dans la région la plus reculée, c'est-à-dire dans la municipalité rurale de Piney, il peut en coûter plus de 200 \$ pour emprunter un minibus pour handicapés. Toutefois, comme il n'y a pas de véhicules de ce genre dans le coin, il faut recourir à des chauffeurs bénévoles et les sommes à déboursier sont légèrement moindres. Évidemment, cela ne convient pas à tout le monde, surtout si les besoins physiques sont supérieurs à ceux auxquels un chauffeur bénévole peut répondre. Il est donc extrêmement dispendieux pour des résidents d'une région rurale de recourir à certains de ces services.

On constate également un déclin du nombre de chauffeurs bénévoles prêts à accompagner des gens à Winnipeg pour y consulter un spécialiste. Nous constatons que la plupart de nos bénévoles sont des personnes âgées et que certains sont même des personnes du quatrième âge. Ceux du troisième âge se paient du bon temps. Ils ne sont pas toujours bénévoles et ne vont pas toujours au Club de l'Amitié, n'est-ce pas? Je ne dis cependant pas qu'ils ne font rien, parce qu'il leur arrive de se porter volontaires. Cependant, nombre de nos bénévoles sont des personnes du quatrième âge. Elles ne sont pas à l'aise pour conduire en ville et elles ont peur d'aller là-bas. Il se peut aussi qu'elles soient atteintes d'un handicap les empêchant de se fondre et de naviguer dans le trafic. Le besoin est donc énorme.

The rising cost of gasoline is causing problems. All of these programs are now looking at raising their fees. So instead of a volunteer driver charging \$45 plus parking and a few other little expenses to drive from Steinbach to Winnipeg, if it is a volunteer and not a handi-van, that will increase shortly as well. Because somehow, someone has to pay those additional costs.

That is a tremendous concern. I do know that seniors can use medical transportation as a tax deduction. But if you look at the ones that are really struggling, it is the ones that are on basic pensions, and those tax deductions just do not help you at that level. It would be really nice if there was some type of subsidy that would help seniors who really need this service to use it.

In the more remote areas, it would be really nice if we could have smaller vans that would be cheaper to drive. If there were some program through government that would help subsidize that, I think that might be an answer. Maybe there could be better coordination between some of the communities in sharing resources.

The community of Sainte-Anne-La Broquerie right now is doing a handi-van survey, because they know there are a lot of people that need the service, but they are already starting to hear that the cost of using the handi-van will be prohibitive. So that is one of the issues.

Housing was another one. Again, I just wanted to point out that, again, when you go to rural-remote areas, it is very difficult to work with housing. It seems like these areas just do not fit into the box. There are these boxes out there, and you have to meet all their criteria. And one of the criteria, of course, is raising a good portion of the money yourself and then maybe getting an affordable housing grant.

When you look at a community like the Rural Municipality of Piney, who really need housing, the average income is around \$26,000. The average home value is around \$53,000, and the money is just not there to go and raise \$2 million to build 15 housing units. It is a tremendous struggle.

One thing that we have found when we communicate with Manitoba Housing is that remote areas are not considered in the same way as northern communities, so they cannot be given a little preferential treatment, or there is no understanding that it is more difficult to raise funds in those areas.

There is a new program called Homeworks and that leads to the same conversation: you are not northern, or you are not this or that. But I guess it is something that they will still try and pursue.

The health status in the Rural Municipality of Piney, for example, is really affected by the lack of resources. In my brief, I mentioned just a few things. The thing that we found is that the small remote communities are really cozy, you know, they are really nice places. People feel comfortable and their neighbours

En outre, le prix de l'essence qui ne cesse d'augmenter nous cause un problème. Il est maintenant prévu, dans tous ces programmes, d'augmenter les frais exigés. Ainsi, il faut s'attendre à ce que le montant réclamé par un chauffeur bénévole augmente sous peu — s'il ne conduit pas un « handi-van » — tandis qu'il était de 45 \$ plus le stationnement et quelques autres menues dépenses pour aller de Steinbach à Winnipeg. En effet, il faut que quelqu'un, à un moment donné, acquitte ce genre de coûts additionnels.

Tout cela est extrêmement préoccupant. Je sais que les aînés peuvent recourir au transport à des fins médicales et bénéficier d'une déduction fiscale, mais si vous considérez ceux qui ont vraiment des difficultés financières, ceux qui doivent vivre sur la pension de base, ce genre de déduction fiscale n'apporte rien. Ce serait vraiment bien s'il existait une subvention susceptible d'aider les aînés qui ont vraiment besoin d'un tel service.

Dans les régions plus éloignées, ce serait également très bien de pouvoir compter sur des minibus plus petits et donc moins coûteux à exploiter. La réponse consisterait peut-être à monter un programme de subventions gouvernementales. Nous y gagnerions peut-être aussi si, grâce à une meilleure coordination, les collectivités pouvaient mettre leurs ressources en commun.

Sainte-Anne-La Broquerie est en train d'effectuer un sondage sur l'utilisation d'un « handi-van », parce qu'il est établi que beaucoup ont besoin de ce service, mais aussi que le coût d'utilisation d'un tel véhicule sera prohibitif. C'est l'un des problèmes.

Le logement en est un autre. Je me répète, il est très difficile de faire quoi que ce soit du côté du logement quand on se trouve dans une région rurale éloignée. On dirait que ces régions sortent de tous les cadres établis. Il faut correspondre à des petites cases et répondre à tous les critères. L'un de ces critères consiste à déposer soi-même une importante partie de la somme exigée pour pouvoir prétendre à une subvention pour acheter un logement abordable.

Dans le cas d'une collectivité comme la municipalité rurale de Piney qui a effectivement besoin de logements, le revenu moyen tourne autour de 26 000 \$. La valeur moyenne des maisons est de quelque 53 000 \$ et il n'y a tout simplement pas suffisamment d'argent dans le coin pour trouver 2 millions de dollars afin de bâtir 15 unités de logement. C'est un combat insurmontable.

Lors d'échanges avec Logement Manitoba, nous avons constaté que les régions éloignées ne sont pas considérées de la même façon que les collectivités du nord, qu'on ne peut leur accorder un traitement préférentiel et qu'on n'admet pas qu'il est plus difficile de trouver des fonds dans ces régions.

Il existe un nouveau programme intitulé Logement abordable qui nous vaut exactement le même discours : vous n'êtes pas dans le nord ou vous n'êtes pas ceci ou cela. Peu importe, nous continuerons d'explorer cette voie.

L'état de santé de la population de la municipalité rurale de Piney, par exemple, dépend véritablement du manque de ressources. Dans mon mémoire, j'en parle un peu. Nous avons notamment constaté qu'il fait effectivement bon vivre dans les petites collectivités éloignées. Les gens s'y sentent à l'aise, leurs

help them, and it is a wonderful place to be. And they will live at risk rather than move from them. If we cannot put the resources in there, it becomes a struggle for the healthcare system to meet their needs properly. We see when we finally do get them to a point where they have to come into hospital, their hospital stays are far longer than they are for the normal population. I have a few statistics in here, I know you are receiving this report, I probably do not need to read them. The crude death rate, again, much higher. Basically, this is our poorest and our sickest area, and it is very difficult to meet their needs.

We came up with a wonderful model where we would have a primary healthcare centre, which already exists in Sprague. To that we wanted to add a 12-bed personal care home and an 8-bed supportive housing unit. The supportive housing unit would be a special unit that could become personal care home beds, or could become supportive housing, whatever the need was, and to that the community would add 15 elderly person housing units. We would utilize the staff out of the primary healthcare centre for doctor support, for doing a lot of healthy living teaching. We really thought it is a wonderful model and we are still struggling to get there. But it is a struggle because the money just is not out there in these very remote areas.

On healthy living, I loved your document and how you talked about healthy living, it was just very, very exciting. I think that is really where we need to go to keep people healthy longer. I am really glad Dianna White is here, because they are doing some great things in our region, as have some of the community resource counsels. What we are finding, however, is that we do not have the materials and we do not have the funding to subsidize the extra staff time you need to deliver this. So you have probably heard all this before, but it is really true.

We have found a really neat product that was called Living It Up. I do not know if you have heard of it, but it is a nutrition and exercise program for seniors. There are six modules that were developed by a nutrition student in Winnipeg. And with very little training, we were able to train lay people who work with these resource councils to deliver these modules. Seniors are just coming in droves to them, because you learn a lot, but you have a lot of fun with it too. And now Partners Seeking Solutions has come out with a drug and alcohol package that has modules, so we grabbed that up. The RCMP have Police Academy, and that is on personal safety.

We are starting to get our hands on these materials. We can use people who are not really professionals, but who with enough training and support can reach out to seniors in such a way that seniors want to participate. There is really a great demand for this information, and we would really like to be able to support these community groups that run these councils to deliver these services.

voisins les aident et ce sont des lieux merveilleux où résider. Ils préfèrent courir un risque sur le plan de la santé plutôt que de déménager. Faute d'investir davantage de ressources sur place, il sera très difficile pour le système de soins de santé de répondre aux besoins de la population. C'est ce qu'on constate quand on finit par admettre certains patients de ces régions dans les hôpitaux parce que leur séjour est alors beaucoup plus long que pour le reste de la population. J'ai quelques statistiques avec moi, mais je ne vais pas vous les lire, puisque vous recevez ce rapport. Le taux brut de mortalité est également beaucoup plus élevé. Pour tout dire, il s'agit de la région la plus pauvre et la moins en santé où il est difficile de répondre aux besoins de la population.

Nous avons imaginé un super modèle s'articulant autour d'un centre de santé primaire qui existe déjà à Sprague. Nous voulons ajouter un foyer de soins personnels de 12 lits et une unité de logement avec services de soutien de huit lits. Il s'agirait d'une unité spéciale susceptible d'être transformée en foyer de soins personnels ou en logements avec services de soutien, selon les besoins, ce à quoi la collectivité ajouterait 15 unités de logement pour personnes âgées. Le soutien médical serait assuré par le médecin du centre de soins de santé primaires qui donnerait des conseils en matière de vie saine. Nous croyons que c'est un modèle fantastique et nous continuons de nous battre pour le mettre en place, mais il faut effectivement parler de combat parce que nous manquons d'argent dans cette région éloignée.

S'agissant de la prévention des maladies, j'ai adoré votre document et la façon dont vous en parlez, parce que c'est tout simplement emballant. J'estime que c'est ce qu'il faut faire pour que les gens vivent en santé plus longtemps. Je suis ravie de voir Dianna White ici, parce que son organisation a fait de grandes choses dans notre région, tout comme certains conseillers en services communautaires. En revanche, nous constatons que nous n'avons pas suffisamment de moyens, notamment financiers, pour débloquer le personnel nécessaire à la prestation de ce genre de services. Vous en avez sans doute déjà entendu parler avant, mais c'est une réalité.

Nous avons trouvé fantastique le programme Living It Up. Je ne sais si vous le connaissez, mais il s'agit d'un programme de nutrition et d'exercice à l'intention des aînés. Il comporte six modules ayant été élaborés par un étudiant en nutrition de Winnipeg. Moyennant un minimum de formation, nous avons pu entraîner des néophytes pour qu'ils puissent travailler avec les conseillers de service à la prestation de ces modules. Les aînés se présentent en foule, parce qu'ils apprennent beaucoup, mais qu'ils s'amusent également beaucoup. Nous avons également mis la main sur une nouvelle trousse concernant la toxicomanie et l'alcoolisme préparée par Partners Seeking Solutions. Au Collège de police, la GRC offre des cours sur la sécurité personnelle.

Nous commençons à mettre la main sur tous ces produits. Nous pouvons utiliser des gens qui ne sont pas de véritables professionnels de la question mais qui, moyennant une formation et un soutien suffisants parviennent à mobiliser les aînés qui désirent alors participer. Cette information est très en demande et nous aimerions pouvoir appuyer les groupes communautaires qui offrent de tels services.

At this point, the Regional Health Authority is not adding any dollars because we do not have any dollars to add to do those things, but that would be wonderful to go in that direction.

The central district of our region has a great need. The RHA has developed a long-term care strategy. We find that in our central district, which is basically Steinbach and the Regional Municipality of Hanover, we have a large number of seniors, and the waiting list for personal care homes is extremely long. We have had up to 130 people on our waiting list in our region. That is not all for the central district, but most of it is for the central district. We have only 160 care home beds in that area. Over the last 30 years, the number of personal care home beds in South Eastman region has not changed, but our population has certainly changed. We have seven personal care homes with 334 beds, and there is a real need for this, and especially within the central district. I just wanted to raise that issue.

Dianna White, Executive Director, Steinbach 55 Plus: I am Dianna White and I am the Executive Director of Steinbach 55 Plus. We are located in Steinbach, and just recently, four years ago, purchased a large centre, just over 15,000 square feet. Our mission is to promote healthy active living to seniors, encompassing all the elements, the social, the emotional, the mental and the physical well-being. In order to do that, we have programming activities and services, and also volunteer opportunities, to help people remain independent in their community and to keep contributing to the community in which they live.

We fall under the guidance of Ms Nilsson-Barkman, in the support services to seniors management area, and do receive some funding from the Regional Health Authority. However, the senior centre itself that actually promotes the healthy active living is required to raise 70 per cent of its budget through means other than a grant from the Regional Health Authority. So much of our time and effort does go into fundraising in order to keep the programs running.

We have a community resource coordinator that works out of the centre, as well as two meals programs, one in Steinbach and one in Grunthal. We also run a two day a week adult day program for the frail elderly, and that is a partnership with homecare continuing care. It is a busy place at Steinbach 55 Plus.

While I affirm the needs that Ms Nilsson-Barkman has addressed, we are definitely very much aware of them, we are the only senior centre in all of South Eastman region. Our doors are open to all the seniors in South Eastman. But our primary area of service would be Steinbach and probably the Regional Municipality of Hanover, maybe reaching into Ste. Anne and La Broquerie just a little bit. But it is very limited and it is, again, a matter of transportation and distance. We do welcome all of the seniors in our region to come and participate and be involved.

Pour l'instant, l'office régional de la santé ne verse plus rien pour ce genre d'activité, parce qu'il n'y a plus de fonds à cette fin, mais ce serait fantastique de pouvoir en trouver.

Le district central de notre région éprouve d'énormes besoins. L'office régional de la santé a élaboré une stratégie de soins de longue durée. Dans ce district, essentiellement composé de Steinbach et de la municipalité régionale de Hanover, on trouve un grand nombre de personnes âgées et la liste d'attente pour accéder à des foyers de soins personnels est très longue. Nous avons déjà eu 130 noms sur cette liste dans notre région, pas uniquement pour le district central, mais en grande partie tout de même. Or, nous n'avons que 160 lits en foyer de soins. Au cours des 30 dernières années, le nombre de lits en foyer de soins personnels dans la région de South Eastman n'a pas changé, mais notre population, elle, a beaucoup changé. Il y a sept foyers de soins personnels pour un total de 334 lits et les besoins sont énormes, surtout dans le district central. Je tenais simplement à vous le signaler.

Dianna White, directrice générale, Steinbach 55 Plus : Je m'appelle Dianna White et je suis directrice générale de Steinbach 55 Plus. Nous nous trouvons dans la ville de Steinbach, et il y a tout juste quatre ans, nous avons acheté un grand centre d'un peu plus de 15 000 pieds carrés. Notre mission consiste à promouvoir un mode de vie sain et actif auprès des aînés, mode de vie axé sur les éléments qui constituent le bien-être, soit les dimensions sociale, émotionnelle, mentale et physique. Pour cela, nous conduisons des activités et assurons des services programmés et nous administrons un groupe de bénévoles afin d'aider les aînés à demeurer autonomes au sein de leurs collectivités et de continuer à contribuer à la société dans laquelle ils vivent.

Pour ce qui est des services de soutien dans le domaine de la gestion des services aux aînés, nous suivons les orientations de Mme Nilsson-Barkman et nous sommes financés par l'office régional de la santé. Toutefois, le centre des aînés, qui fait la promotion d'une vie saine et active, doit trouver 70 p. 100 de son budget, en plus de ce qu'il reçoit de l'office régional de la santé. Nous consacrons énormément de temps et d'efforts pour trouver des fonds afin de maintenir les programmes en vie.

Une coordonnatrice des services communautaires travaille à partir du centre et nous administrons deux programmes de repas, l'un à Steinbach et l'autre à Grunthal. Nous offrons aussi un programme de jour, à raison de deux jours par semaine, en partenariat avec le service de soins de santé à domicile. Vous savez, nous sommes très occupés à Steinbach 55 Plus.

Je confirme les besoins exprimés par Mme Nilsson-Barkman parce que nous en sommes très conscients, mais nous sommes le seul centre pour aînés dans la région de South Eastman. Si nous ouvrons nos portes à tous les aînés du coin, notre principal secteur de services est Steinbach et peut-être aussi la municipalité régionale de Hanover, jusqu'à Sainte-Anne et La Broquerie, mais dans une moindre mesure. Quoi qu'il en soit, le secteur est très restreint et, encore une fois, tout se ramène à un problème de transport et de distance. Nous encourageons tous les aînés de la région à venir nous voir et à participer à nos activités.

Interestingly enough, in early April I was invited to a rural working group for older adults, which was held in Winnipeg, and the issues that you identify in your report are the same issues that came out of that one day session. And they were the issues of transportation, long-term care, nutrition and health, and healthy living. Affordable housing, of course, is huge.

At our centre we have identified one other issue that is of great concern to the seniors, and that is the issue of the doctors in our community. Right now, according to the statistics that we are able to just pull off their website, we have 20 doctors that practice out of two clinics, and then we also have three or four few doctors who work out of the Bethesda Hospital right in our area.

Recently, we learned that four doctors are leaving the community. The doctors we have at present, the 20 that are there, are all not taking new patients because they are fully booked. We now have, more specific to our concerns, an aging population who have bought into the healthy active living plan, but are still needing the doctor, and will need the doctor more as they grow older if they do not already. And the numbers of the doctors are diminishing.

There was an estimate done last week there could possibly be as many as 5,000 residents of Steinbach and immediate area without access to a family doctor. So imagine what that will do once these doctors leave, even to the Bethesda Hospital emergency department. And costs are higher for them to come in there.

That is a concern that has been identified at Steinbach 55 Plus. Imagine yourself being 75 years old, maybe being a diabetic or having high blood pressure, and going to your doctor every three months to get it checked and get a new prescription, and suddenly you are told that your doctor is leaving and nobody else is taking new patients. That is an issue that we have identified at 55 Plus.

Senator Mercer: Ms. Krentz, you have challenged us with a couple of very important things. You talked about one move as opposed to the four to five minimum moves that were happening. This is difficult to plan, as you can appreciate, as you have described. There are only a few centres that we have seen so far where this happens. One centre in my hometown that does have all of the levels of care, right up to and including palliative care. But that would mean the person might move into a stand-alone apartment, them and their spouse. As they progress, they would have to move within the complex, but within basically the same complex of four buildings attached to each other with common services in the middle. Does that work, or do you still think that it is the one move that is needed?

Ms Krentz: As I mentioned, idealistically, I want only one move, and I am not sure how to make it happen. I have dreamt of it for a long, long time. There are a lot of models out there. One of the things that occurred to me as I was driving here today, one area that I do not think anybody has ever alluded to or touched upon, is sexuality in the elderly. People still have needs, not

Au début du mois d'avril, j'ai été invitée à participer à un groupe de travail rural portant sur la question des aînés, à Winnipeg, et, lors de cette séance d'un jour, nous avons abordé exactement les mêmes sujets que ceux mentionnés dans votre rapport. Il a donc été question de transport, de soins de longue durée, de nutrition et de santé ainsi que de mode de vie sain. Il est certain que le logement abordable est une grosse question.

Notre centre a constaté un autre grand problème qui préoccupe beaucoup les aînés : je veux parler du faible nombre de médecins dans la collectivité. D'après les statistiques accessibles sur le site Internet, nous aurions actuellement 20 médecins qui pratiquent dans deux cliniques en plus de trois ou quatre autres qui travaillent à l'Hôpital Bethesda.

Nous avons récemment appris que quatre de ces médecins vont quitter la région. Ceux qui sont actuellement en place, les 20 que j'ai mentionnés, ne peuvent plus accepter de nouveaux patients. Il est préoccupant de constater que nous sommes en présence d'une population vieillissante qui a adhéré au plan de mode de vie saine et active, mais qui a encore besoin des services d'un médecin et qui en aura de plus en plus besoin dans l'avenir. Or, le nombre de médecins ne cesse de diminuer.

Selon une estimation effectuée la semaine dernière, 5 000 résidents de Steinbach et de la région immédiate pourraient ne pas avoir de médecin de famille. Imaginez donc ce que sera la situation après le départ de ces médecins, même au service d'urgence de l'Hôpital Bethesda. De plus, il leur en coûte cher de venir ici.

Voilà un problème que nous avons constaté à Steinbach 55 Plus. Imaginez que vous ayez 75 ans, que vous soyez diabétique ou que vous fassiez de l'hypertension, que vous deviez voir votre médecin tous les trois mois pour être contrôlé et obtenir une nouvelle ordonnance, et que vous appreniez soudainement que votre médecin s'en va et que les autres ne prennent pas de nouveaux patients. Voilà un problème que nous avons constaté à 55 Plus.

Le sénateur Mercer : Madame Krentz, vous venez de nous interpellé en nous lançant deux choses importantes. Vous avez parlé de permettre un seul déménagement des aînés plutôt que quatre ou cinq au minimum, comme c'est actuellement le cas. Votre prescription, comme vous pouvez vous en doutez, est difficile à suivre. Jusqu'ici, nous avons constaté que cela n'a été réalisé que dans quelques centres. Il y en a un, dans ma ville natale, qui offre tous les niveaux de soins, jusqu'aux soins palliatifs. Cela veut dire qu'une personne doit d'abord emménager dans un logement avec services de soutien en compagnie de sa conjointe ou de son conjoint. Au fil du temps, le couple déménage à l'intérieur du complexe, dans l'un des quatre bâtiments disposés autour des services communs. Cela fonctionne-t-il ou pensez-vous qu'il faille davantage?

Mme Krentz : Comme je le disais, il faudrait idéalement se limiter à un seul déménagement, mais je ne suis pas certaine de la façon dont tout cela pourrait se produire. Ça fait très longtemps que j'en rêve. Il existe de nombreux modèles. Il est un aspect auquel je réfléchissais tout à l'heure, au volant, en venant ici — un aspect dont personne n'a vraiment parlé — c'est la sexualité des

necessarily sexual, but the need to be cared for by your spouse if you still have one, in that kind of close relationship. But we still displace them, even if it is within that type of a complex.

I do not have a solution, only a dream. That is why I brought it here, I thought I might as well challenge everybody. It is a dream that I have, and it is about mobilizing resources. If you can actually build this model, and I do not have anything concrete, you can use each other, the people that live there, to support other people there. I know there are a lot of models like you are describing, Senator Mercer, but I will go beyond that. I just do not know how to get there. It is a dream, but I think if we do not shoot for the dream, we will keep redoing the same things over and over again. And even people going from one part of a complex to the other, there is a significant change, especially in people with dementia. The cognitive abilities really, really decrease.

Senator Mercer: It is a dream that you have, but I must say it is probably not a dream you alone have. There are quite a few people who share that dream as well.

Ms Nilsson-Barkman, you talked about seniors who are willing to live at risk rather than move. Could you give us a little more, put a little meat on those bones for us?

Ms. Nilsson-Barkman: Our home care program did a review a few years ago when we were looking at developing this model in the Rural Municipality of Piney. They found that they had people that they should be panelling for nursing home, that they were struggling to care for, that were still living at home. They were living beyond what home care was really designed to be providing, but they just would not leave. They would rather stay there in their home community, knowing that they were at risk. It is a very difficult thing for care providers to deal with as well, where their care was surpassing that which a home care worker would feel comfortable providing.

Senator Mercer: It is also particularly a problem in rural-remote areas in very small communities.

Ms. Nilsson-Barkman: They have lived there all their lives; they have chosen to live that kind of a lifestyle. It is a very special place. When I talk to these people, like I can understand how they feel. I would not choose it for myself. They will feel quite displaced if they are removed to a larger centre. The only alternative would probably be to come to Steinbach. That is big for these people. For you and I, it would not be.

Senator Mercer: The issue for all of you, the issue of housing in its various forms is consistent. I think you said that the number of housing units has remained the same?

ainés. Les gens gardent des besoins sur ce plan, pas forcément sexuels, mais d'ordre affectif, parce qu'ils veulent que leur conjoint ou leur conjointe continue de s'occuper d'eux dans le cadre d'une relation étroite. Or, on sépare les couples, même dans ce genre de complexe.

Je n'ai pas de solution à proposer, je n'ai qu'un rêve à énoncer. C'est pour cela que je vous en ai fait part, parce que je pensais ainsi interpeller tout le monde. C'est un rêve qui nécessite la mobilisation de certaines ressources. À partir de ce modèle, à propos duquel je n'ai rien de concret à proposer, il sera possible de faire appel aux résidents afin qu'ils aident les autres résidents. Je sais qu'il existe de nombreux modèles, comme celui que vous avez décrit, sénateur Mercer, mais personnellement, j'irais au-delà. Je ne sais pas exactement comment. C'est un rêve, mais si l'on ne cherche pas à réaliser ses rêves, on finit par refaire la même chose encore et encore. Même pour les couples que l'on déménage d'un endroit à l'autre au sein d'un même complexe, le changement est important, surtout dans le cas des personnes atteintes de démence. Avec l'âge, les capacités cognitives diminuent énormément.

Le sénateur Mercer : C'est certes un rêve que vous entretenez, mais vous n'êtes sans doute pas la seule. Beaucoup partagent ce rêve avec vous.

Madame Nilsson-Barkman, vous avez parlé d'ainés qui sont prêts à prendre des risques au sein de leur collectivité plutôt que de déménager. Pourriez-vous nous expliquer davantage ce que vous entendez par là?

Mme Nilsson-Barkman : Il y a quelques années, nous nous sommes livrés à un examen dans le cadre de notre programme de soins à domicile parce que nous voulions appliquer ce modèle à la municipalité rurale de Piney. Cette étude a permis de constater que certaines personnes à qui il était difficile de dispenser des soins, qui demeuraient chez elles, auraient dû être placées en foyer de soins. Elles avaient besoin de services beaucoup plus complets que ceux normalement offerts dans le cadre de soins à domicile, mais elles ne voulaient pas partir de chez elles. Elles préféraient rester dans leur collectivité, même en sachant qu'elles couraient un risque. Ce genre de situation est également très difficile pour les fournisseurs de soins qui sont appelés à offrir une prestation qui sort de leur zone de confort de professionnels.

Le sénateur Mercer : C'est également un problème dans les petites collectivités des régions rurales éloignées.

Mme Nilsson-Barkman : Ces personnes ont passé toute leur vie sur place et c'est le mode de vie qu'elles ont choisi. Pour elles, c'est un lieu très spécial. En parlant avec ces gens-là, je me rends bien compte de ce qu'elles ressentent. Personnellement, ce n'est pas ce que je choiserais, mais si on les déménage dans un grand centre, elles ont l'impression d'être déplacées. La seule autre solution serait Steinbach qui demeure une grosse agglomération pour ces gens-là. Pour vous et pour moi, ce serait différent.

Le sénateur Mercer : Vous avez toutes trois traité également de la question du logement. Je pense vous avoir entendu dire que le nombre d'unités de logement était demeuré inchangé.

Ms. Nilsson-Barkman: The number of personal care home beds in the region has remained the same for the past 30 years. We did have some nursing homes that were replaced with nice new ones, but exactly the same number of beds.

Senator Mercer: At the same time, the population is aging.

Ms. Nilsson-Barkman: Yes. I guess another challenge that I see with what Ms Krentz is saying is that, when you take an average senior and put them into a place, they do not want to be with people that are not normal. That becomes a little bit of a difficulty if you want to age in place. Let us say you move into seniors housing, you can make that assisted living by adding meal programs and various supports, and then maybe you can even push it a bit further with block care through home care. But if everybody gets too ill, then it is not a normal healthy environment for some people, so then you lose this whole thing of this one move. It is a great idea, but do not know either how you do it. You can only do it, you can only push it to a certain point. Could you accept two moves?

Ms. Krentz: Only one.

Senator Mercer: It would be nice if we could negotiate, but we do not even have the facility to do the two moves yet.

I did not hear as much with this panel as we did with other panels was the discussion of transportation. Some of you did mention transportation to medical appointments. We were talking mainly in the last panel about Aboriginal people in rural remote areas, as well as urban areas. Is the volunteer base of volunteer groups who are providing the transportation, is that enough? Is that fulfilling the need, or are there people not getting medical services because there are not volunteers prepared to help?

Ms Nilsson-Barkman: We have some people where it is very difficult to transport them with volunteers. Then it is usually the family that ends up dealing with that, and it is home care that deals with it. I am kind of pre home care in the work that I have. So that would have been a great question for home care, because somehow those people need to see a specialist, or need to see a doctor. I am not sure who is doing it, but it is not Services to Seniors that take those special people. If they are not considered safe, it is just too high a risk for Services to Seniors to get a volunteer driver to do it.

Senator Mercer: There is also the question, from the volunteer's point of view, of insurance. Are they properly insured to be providing this kind of service?

Ms. Nilsson-Barkman: We have extended our High Rock Insurance to community and tenant resource programs within our region through the Regional Health Authority. We have written all of these programs that are part of Services to Seniors into our policy. We have not had one claim yet.

Mme Nilsson-Barkman : Le nombre de lits en foyer de soins personnels dans la région n'a pas changé en 30 ans. Nous avons quelques foyers de soins qui ont été remplacés par des nouveaux, tout beaux, mais sans augmentation du nombre de lits.

Le sénateur Mercer : Et en même temps, la population vieillit.

Mme Nilsson-Barkman : Effectivement. L'autre difficulté à laquelle Mme Krentz a fait allusion, c'est que les aînés moyens que l'on place ne veulent pas se retrouver au milieu de gens qui ne sont pas normaux. C'est un peu la difficulté que présente le fait de vouloir vieillir en un lieu donné. Supposons que quelqu'un aille dans un foyer pour aînés, dans un logement-service avec repas et autres services de soutien, et qu'on ajoute éventuellement même un élément de soins à domicile. En revanche, dès l'instant où vous n'avez que des malades, vous n'êtes plus dans un milieu sain pour certains et cette idée de déménagement unique ne tient plus. C'est une idée merveilleuse, mais je ne vois pas comment la réaliser. On n'y parviendra que jusqu'à un certain point. Seriez-vous d'accord avec l'idée de deux déménagements?

Mme Krentz : Un seul.

Le sénateur Mercer : Ce serait merveilleux de pouvoir négocier cela, mais nous n'avons même pas les installations nécessaires pour nous limiter à deux déménagements.

Par rapport aux témoins qui vous ont précédées, il a beaucoup moins été question avec vous de transport. Certaines d'entre vous ont parlé du transport en vue d'aller à un rendez-vous médical. Avec le groupe de témoins précédent, il a surtout été question des Autochtones vivant dans les régions rurales éloignées et dans les régions urbaines. Le nombre de bénévoles offrant des services de transport est-il suffisant? Cela répond-il à vos besoins ou vous retrouvez-vous avec des patients qui n'obtiennent pas les services médicaux nécessaires par manque de bénévoles?

Mme Nilsson-Barkman : Il est difficile de faire transporter certaines personnes à bord de véhicules de bénévoles. Ce sont généralement des membres de la famille qui doivent alors s'en occuper et ce sont les soins à domicile qui s'en chargent. Dans le travail que j'effectue, je me trouve au palier qui précède celui des soins à domicile. Ce serait donc une excellente question à poser aux gens des soins à domicile, parce que les personnes ayant besoin de transport doivent effectivement consulter un spécialiste ou un généraliste. Je ne sais pas exactement qui s'en occupe, mais les patients ayant des besoins spéciaux ne sont certainement pas pris en compte par les Services aux aînés. Dès qu'on juge que leur transport n'est pas sûr, les Services aux aînés courraient beaucoup trop de risques en confiant ces personnes à des chauffeurs bénévoles.

Le sénateur Mercer : Il y a aussi la question des assurances pour les bénévoles. Ces gens-là sont-ils correctement assurés pour offrir ce genre de service?

Mme Nilsson-Barkman : Par le truchement de l'office régional de la santé, nous avons étendu notre assurance High Rock aux programmes communautaires et de services aux résidents dans la région. Nous avons inscrit tous ces services, offerts par Services aux aînés, dans notre police d'assurance. Jusqu'ici, nous n'avons pas eu à faire de déclaration de sinistre.

Senator Mercer: Knock on wood.

Ms Nilsson-Barkman: I am going to retire in a few months and I am just hoping I am going to make it, because something can just so easily happen.

Senator Mercer: We do live in Canada, we have winter and strange weather conditions.

Ms Nickel: Just a comment on transportation. I live in Stuartburn. It is pretty rural remote I would say. Just as an example, my husband does not drive in Winnipeg, because he has been in Stuartburn, and just has not had a need to go to Winnipeg all that often. He will drive to the mall somewhere close by. But when our child had a fractured leg and, you know, when mom is normally the one holding them on the way to the specialist, I was the one driving, because he just does not drive in Winnipeg.

So we, as a community, provide a support system to those people that do not. I take days off to take other people to Winnipeg. People coordinate their appointments and try to get on the same side.

As for home care, a lot of times they do end up taking handi-van. A lot of times actually what I have seen, and I know that it probably is not the best scenario — I worked in Vita Hospital for a while — we admitted people into the hospital and they went by ambulance.

Ms. Nilsson-Barkman: I am aware of that too.

Ms. Nickel: That is the alternative that they have.

Senator Mercer: Not a very efficient way to run a healthcare system, though, is it?

Ms. Krentz: I work in Grunthal, which is part of the Rural Municipality of Hanover, part of the Steinbach area. We do not have any health care services provided within the Grunthal area, which serves about a thousand people right immediately there, other than the personal care home. We are trying to support some of the people that just need regular blood work and so we have lab workers coming to the personal care home. We are trying to extend that service to the community and yet there is really not this infrastructure support. So there is a real need even from Grunthal, which is not very far from Steinbach, let alone from very remote areas for the transportation needs. It is huge.

Senator Mercer: Has there been discussion of two other types of delivery of healthcare, tele-health and the extensive use of nurse practitioners? Is that part of the solution to the problem?

Ms. Krentz: I would love to address the nurse practitioner. I believe that would help a lot to ease some of the primary healthcare issues, at least with the management of chronic diseases and so on in remote areas. I do believe that will help.

Le sénateur Mercer : Touchez du bois.

Mme Nilsson-Barkman : Je vais prendre ma retraite dans quelques mois et j'espère y parvenir, parce que n'importe quoi pourrait se produire d'ici là.

Le sénateur Mercer : Nous vivons au Canada où les hivers sont rudes et où les conditions météorologiques sont plutôt bizarres.

Mme Nickel : J'ai quelque chose à dire au sujet du transport. Je vis à Stuartburn qui est une municipalité rurale éloignée. Pour vous donner un exemple, mon époux ne va pas à Winnipeg en voiture, parce qu'il réside à Stuartburn et qu'il n'est pas nécessaire d'aller en ville très souvent. Il fréquente plutôt le centre commercial voisin. Un jour, cependant, quand notre enfant s'est cassé la jambe, je me suis retrouvée derrière le volant, plutôt que de jouer mon rôle de mère qui se tient auprès de son enfant, parce que mon époux ne conduit pas jusqu'à Winnipeg.

C'est ainsi que nous en sommes venus, au sein de la collectivité, à offrir un système de soutien aux personnes qui ne conduisaient pas très loin. Je prends des jours de congé pour accompagner des voisins à Winnipeg. Les gens coordonnent leurs rendez-vous et essaient de profiter du même véhicule.

Pour ce qui est des soins à domicile, il arrive souvent que les gens font appel au « handi-van ». En revanche, il m'est souvent arrivé de constater, quand je travaillais à l'Hôpital Vita, que des gens se font transporter en ambulance jusqu'à l'hôpital, ce qui n'est probablement pas la meilleure solution.

Mme Nilsson-Barkman : Je suis au courant.

Mme Nickel : C'est l'autre mode de transport possible.

Le sénateur Mercer : Ce n'est cependant pas une façon efficace d'utiliser le système de soins de santé, n'est-ce pas?

Mme Krentz : Je travaille à Grunthal qui fait partie de la municipalité rurale de Hanover, dans la région de Steinbach. À part le foyer de soins personnels, aucun service de soins de santé n'est assuré dans la région de Grunthal où vivent un millier de personnes. Comme nous essayons de servir les patients ayant besoin de subir des analyses sanguines, nous faisons venir les laborantins sur place, au foyer de soins personnels. Nous essayons d'étendre ce service à la collectivité, mais nous n'avons pas vraiment d'infrastructures de soutien. Le besoin de transport est donc réel, même à Grunthal, qui n'est pas très loin de Steinbach, et cela c'est sans parler des régions éloignées. C'est un énorme problème.

Le sénateur Mercer : A-t-il été question de deux autres types de prestation de services de soins de santé, c'est-à-dire la télésanté et les infirmières praticiennes? Ces formules pourraient-elles être une solution?

Mme Krentz : Je me propose de parler des infirmières praticiennes. Je pense que le recours à cette catégorie de personnel nous aiderait beaucoup à régler les problèmes constatés dans les soins de santé primaires, du moins en ce qui concerne la gestion des maladies chroniques et autres dans les régions éloignées. Je pense effectivement que cette formule serait utile.

There is more than just the nurse out there that can help that aspect. As has been stated by Ms. White, we have experienced a physician shortage. At the personal care home, we struggled for about eight months without a physician addressing some of our resident care needs. It is really, really huge, but we just do not have enough. There is one nurse practitioner right now that I am aware of that is practicing in Bethesda Hospital, in the emergency department. I know the Regional Health Authority is planning to hire more, but it is just brand new still here. But I do see that as a viable option. Unfortunately, I am a nurse, and as a nurse I do not feel that nurses should replace doctors. Even though I am totally pro the nurse practitioner program, I do not want nurses to be used in this way, just because we have a doctor shortage. I believe in promoting nursing per se as a profession, as a discipline. Therefore, where is our role in the future, where is our role? It is not just because there is a doctor shortage at the present time that we should be promoting nursing taking leadership in that area.

The Chair: I am going to build a little bit on Senator Mercer's question and your responses to that, and that is this whole question of risk. We have spoken to a lot of professionals in elder law. Of course, they would assert that if I want to live at risk, that is my choice, and that nobody should step on my particular rights as a citizen and say, you are not allowed to live at risk. What would your comments be about that, Ms. Nilsson-Barkman?

Ms Nilsson-Barkman: When we were looking at personal care home beds for this remote area, I did not talk to the seniors themselves, I talked to the home care workers. They felt that some of those people would move if there was a facility within their own community, with their own neighbours moving into this facility. However, they would just rather be at risk than move away from the community, and if they die there, they die there. They are at home there.

The Chair: Unfortunately, when you live in rural areas, and certainly rural remote areas, you could in fact build say an eight bed personal care unit, or maybe a 15-bed personal care unit. Then you might well have a situation in which very large number of the clients within that personal care bed suffer from severe dementia. Other people do not want to be in that environment, because they do not want to be with these people who — and I think one of you said it — are not normal. They are still normal and they do not want to be with people that they perceive as normal.

When we visited the Northwood Manor, which was the centre that Senator Mercer addressed, they have seven or eight floors. Some of those floors can be designated for Alzheimer's or dementia patients, but then they have normal floors, if you will. That becomes a very difficult issue, I would suggest to you, when you get into a situation in which you have very few beds, and in which we know in the future, maybe dementia and Alzheimer's are going to be very huge issues. Particularly, if we have a

Toutefois, il n'y a pas que les infirmiers et infirmières qui pourraient aider sur ce plan. Comme l'a dit Mme White, nous sommes en pénurie de médecins. Au foyer de soins personnels, cela fait huit mois que nous essayons de nous débrouiller avec un seul médecin qui doit répondre à tous les besoins de nos résidents. C'est un énorme combat, et nous n'avons pas suffisamment de ressources. Il y a actuellement une infirmière praticienne à l'Hôpital Bethesda, au service des urgences. Je sais que l'office régional de la santé envisage d'en engager davantage, mais tout cela est tellement nouveau. En revanche, ce pourrait être une solution viable. Malheureusement, je suis moi-même infirmière et je ne pense pas que le personnel infirmier devrait se substituer aux médecins, même si je suis tout à fait favorable au programme d'infirmières et infirmiers praticiens, car j'estime que les infirmières ne doivent pas remplir ce rôle sous prétexte qu'il y a une pénurie de médecins. Je crois dans la promotion des soins infirmiers en tant qu'exercice d'une profession, d'une discipline. La question qu'il faut se poser est celle du rôle que l'on doit remplir dans l'avenir. Ce n'est pas uniquement parce qu'il manque de médecins à l'heure actuelle que nous devons promouvoir la relève par des infirmiers et des infirmières.

La présidente : Je vais revenir sur la question du sénateur Mercer au sujet du risque et sur les réponses que vous avez données. Nous nous sommes entretenus avec beaucoup de spécialistes du droit des aînés. Ces gens-là vous diront que si je veux courir un risque, c'est mon choix et que personne ne peut me priver de mon droit de citoyenne en me disant que je ne peux pas prendre tel ou tel risque. Qu'en pensez-vous, madame Nilsson-Barkman?

Mme Nilsson-Barkman : Quand nous avons examiné la question des lits en foyer de soins personnels dans cette région éloignée, je ne me suis pas entretenue avec les aînés eux-mêmes, mais avec les travailleurs de soins à domicile. Ces gens m'ont dit estimer que les aînés auraient accepté de déménager s'il y avait eu un établissement dans la collectivité où ils auraient pu retrouver des voisins. Plutôt que de déménager hors de la collectivité, ils préféreraient courir un risque et mourir sur place. Ils y sont chez eux.

La présidente : Malheureusement, quand vous vivez dans des régions rurales et encore plus dans des régions rurales éloignées, vous ne pouvez pas construire une unité de soins personnels de huit ou de 15 lits. Vous risquez alors de vous retrouver dans une situation où un grand nombre de clients occupant les lits de soins personnels sont atteints de démence grave. Les autres ne voudront pas se retrouver dans cet environnement, parce qu'ils ne voudront pas être en présence de ces gens qui — et je pense que c'est l'une d'entre vous qui en a parlé — sont anormaux. Les autres patients, eux, sont encore normaux et ne veulent pas se retrouver aux côtés de personnes qu'ils jugent anormales.

Le manoir Northwood, qui est le centre dont le sénateur Mercer a parlé, a sept ou huit étages. Certains de ces étages sont réservés à des patients atteints d'Alzheimer ou de démence, et il y a d'autres étages pour patients que nous appellerons normaux. Dès lors, si vous n'avez que quelques lits et que, le temps aidant, la démence et l'Alzheimer deviendront éventuellement de véritables problèmes, vous risquez de vous retrouver dans une situation très difficile. C'est particulièrement le cas en présence

population that, instead of the average age being 82 or 83, the average age perhaps becomes 85 or 86. We know that dementia levels start increasing very rapidly over that particular point in time. What would you comment on that?

Ms Nilsson-Barkman: I guess when we were looking at this model for the Rural Municipality of Piney, we knew that we had to create some critical mass. We needed to have things that would build on each other, because standing alone, a 12-bed personal care home is not viable. You need a 20-bed unit, to staff it properly so that it is financially sound. We thought if we could take out eight of those beds and make a special unit that can swing either way, we could remove it from the area where the personal care home part is, where the people that would have more dementia, or have more difficulty with dementia would be, and we would have this swing unit in the middle. Then those people could perhaps participate in some activities with the more normal ones on the other side, and wrap that around with the services that the primary health care centre offers. It is not an ideal situation. There still is some of that element of normality. But to make a viable product, we felt that we needed all of those components and that we would try to divide them appropriately.

Ms Nickel: I think that some of it has to do with your sense of community as well. These people are from that area. We accept panelled residents from basically all over South Eastman. Some people want to come to Steinbach, for example because their children live in Steinbach. Now there would be some that I can see that would want to stay in Piney, that want to stay in Vita, because their children are there.

Mind you, if they go into that setting and are normal, they are with their neighbour that they were neighbours with 20 years ago, who they probably had to help 10 years ago, and now they themselves are in a situation where they need services. Some people may not want to be in with somebody who is not as able as they are. However, I think they are looking at how they can help in that situation, or what they can provide for somebody else in that situation. Because of that sense of community, I think people are very forgiving in that situation.

So I see it both ways. I see it as a hindrance in a sense. Rest Haven is two separate floors, but we are not separated by any kind of dementia or non dementia. You see it very often, that they form a very close bond with who they are living with, and act appropriately. They can steer this person away from the door if they have to. They can help give this person their spoon if they need to. It becomes a very close knit home.

The Chair: I noticed when I was talking about living at risk, Ms. Porter, you were nodding your head. Would you like to make a contribution?

Pat Porter, President, Steinbach 55 Plus: Well, I think as you get older, yes, you probably do choose to live at risk. For example, I have lived in my own home for 32 years. I am not at

d'une population qui, plutôt que d'être âgée en moyenne de 82 ou 83 ans, aura 85 ou 86 ans. Nous savons que l'incidence de la démence augmente très rapidement à partir d'un certain moment. Qu'en pensez-vous?

Mme Nilsson-Barkman : Quand nous avons examiné ce modèle pour la municipalité rurale de Piney, nous savions qu'il fallait parvenir à une masse critique. Il nous fallait procéder par étapes parce qu'en soi, un foyer de soins personnels de 12 lits n'est pas viable. Il faut parvenir à une unité de 20 lits, pour avoir un personnel suffisant et une situation financière saine. Nous nous étions dit que nous pourrions réserver huit de ces lits à une unité spéciale de type polyvalent afin d'accueillir, plutôt que des patients du foyer de soins personnels, des personnes souffrant de démence à des degrés divers. Ces personnes pourraient participer à des activités communes avec les patients dits normaux et faire l'objet de services normalement offerts par le centre des soins de santé primaires. Ce n'est pas une situation idéale, mais au moins on assure une certaine normalité. Nous nous étions dit que pour parvenir à un centre économiquement viable, il nous fallait miser sur tous ces éléments et essayer d'en répartir correctement l'utilisation.

Mme Nickel : Je pense que tout cela dépend en partie du sens d'appartenance à la communauté. Les gens dont nous parlons viennent d'une région. Nous acceptons des résidents qui viennent de tous les coins de South Eastman. Certains veulent venir à Steinbach parce que leurs enfants y vivent. Et puis, il y a ceux qui préfèrent rester à Piney ou à Vita également parce que leurs enfants sont là-bas.

D'un autre côté, les aînés qui ne sont pas gravement malades et qui sont admis dans ce genre d'établissement se retrouvent aux côtés de leurs voisins de 20 ans, qu'ils ont probablement aidés il y a dix ans de cela, tandis qu'eux-mêmes ont maintenant besoin de services. Il y en a qui ne veulent pas être logés à la même enseigne que des personnes qu'ils ne jugent pas en aussi bonne santé qu'eux. Il demeure que, quant à moi, ils chercheront alors à être utiles dans ce genre de situation ou à voir comment ils pourront donner un coup de main à ceux qui en ont besoin. C'est ce sens de la communauté qui fait que les gens sont très indulgents.

Les deux cas de figure sont donc possibles. En un sens, je vois une gêne dans tout cela. Rest Haven compte deux étages mais qui ne sont pas séparés entre personnes démentes et personnes non démentes. Très souvent, les deux groupes de patients créent des liens étroits entre eux, parce qu'ils vivent les uns sur les autres et qu'ils agissent en conséquence. Au besoin, on en voit certains qui dirigent le patient dément vers la porte. Ils peuvent aider la personne à se nourrir si nécessaire. On aboutit à une minisociété tricotée serrée.

La présidente : Quand j'ai parlé de courir des risques, je vous ai vu faire un signe de la tête, madame Porter, vouliez-vous intervenir?

Pat Porter, présidente, Steinbach 55 Plus : Je pense qu'en vieillissant on accepte sans doute de prendre des risques. Personnellement, cela fait 32 ans que j'habite ma maison. Je ne

risk yet, but you do not know when the time comes. Whether I will choose to stay there on my own or not, that is another question. Of course, home care would be available in Steinbach.

Senator Chaput: Madam Chair, I do not have any questions because Senator Mercer has stolen them all. As he was asking his questions, I had to strike down my notes. I have really enjoyed all your presentations and what you have told us today. Many things we have been told before, maybe in other ways, but there is a link, and the challenges that you are going through here are challenges that we are going through, I believe, across Canada.

Senator Cordy: We are still going to Vancouver and to Victoria, but we have been to the East Coast, Central Canada and now to what is really Central Canada, not Ontario. We are hearing the same types of things that we have heard when we had sittings in Ottawa, and when we travelled part way across the country.

I would like to go back to the transportation issue again, because we have really, or I certainly have struggled with this. What is the solution? We have talked about giving bus passes to seniors, which works in an urban area, and it works for seniors who are not handicapped. Somebody referred today to the tax benefit if you buy a bus pass and it is the same thing: that works if you make enough money to pay taxes, if you live in an urban area, and if you do not have a disability and you can use public transit. That really is for the use of very few seniors. But the challenges start to come in rural areas.

I am from Nova Scotia, so we have got Halifax, which is a city, and we have got Sydney and Cape Breton, the industrial area, which is a city, but it is very much a rural province. The challenges are there: you are read the paper every so often and you find that the bus from Halifax to Yarmouth is being cancelled, or the bus that went from Halifax to the Annapolis Valley is being cancelled. The challenge might be that the bus goes at 8 o'clock in the morning from Windsor to Halifax but does not return until the next day. So you have got a hotel bill. I know we have banded it about even this afternoon.

What solutions do you have that we could recommend? Because what we would like to do is make recommendations in our paper and our report. It is a challenge to find something that is workable for the majority. I am not sure that you can find the one size fits all, because we have talked about urban versus rural. We have talked about volunteers, they are diminishing because we have got seniors helping seniors, with the cost of gas. These are all challenges that we are looking at. You have the solution?

Ms Krentz: I do not have the solution, but many, many dreams.

pense pas encore courir de risques, mais qui sait quand le temps viendra. Reste à savoir si je déciderai à un moment donné de continuer à vivre seule. Évidemment, je pourrais toujours faire appel aux services de soins à domicile qui sont offerts à Steinbach.

Le sénateur Chaput : Madame la présidente, je n'ai pas de questions à poser, parce que le sénateur Mercer me les a toutes volées. Pendant qu'il posait ses questions, j'ai eu l'occasion de jeter un coup d'œil sur mes notes. J'ai beaucoup apprécié vos exposés et ce que vous nous avez dit. Il y a bien des choses dont on nous a parlé auparavant, de façons différentes, mais je vois un lien dans tout cela et les défis auxquels vous êtes confrontés sont précisément ceux auxquels nous nous heurtons partout au Canada.

Le sénateur Cordy : Nous devons encore nous rendre à Vancouver et à Victoria, mais nous avons sillonné la côte Est, le centre du pays et nous sommes maintenant dans le véritable Canada central, qui n'est pas l'Ontario. À la faveur de nos déplacements un peu partout, nous avons entendu exactement les mêmes choses qu'à Ottawa.

Permettez-moi de revenir sur la question des transports parce que nous avons, et je devrais plutôt dire j'ai, un véritable problème sur ce plan. Quelle est la solution? Nous avons envisagé de faire remettre des laissez-passer d'autobus aux aînés qui travaillent dans les régions urbaines, mais cela fonctionne pour ceux qui ne sont pas handicapés. Tout à l'heure, quelqu'un a émis l'idée d'un avantage fiscal pour l'achat de laissez-passer d'autobus, solution qui fonctionne si l'on fait suffisamment pour payer des impôts, si l'on vit dans une région urbaine, si l'on n'a pas de handicaps et si l'on peut emprunter les transports en commun. Autrement dit, cela ne concerne qu'un nombre limité d'aînés. Les véritables problèmes se posent dans les régions rurales.

Je viens de Nouvelle-Écosse, qui est une province essentiellement rurale si l'on excepte Halifax, Sydney et Cap-Breton, dans la région industrielle. Il suffit de lire les journaux de temps en temps pour se rendre compte de l'ampleur des problèmes : tel autocar de Halifax à Yarmouth ou Annapolis Valley a été annulé. Le problème peut également tenir au fait que l'autocar part à 8 heures du matin de Windsor pour aller à Halifax mais que le retour n'est assuré que le lendemain. Vous n'avez alors d'autre choix que de prendre un hôtel. Je sais que nous en avons un peu parlé, même cet après-midi.

Quelles solutions pourriez-vous nous recommander? Nous souhaiterions en effet faire des recommandations dans notre document et dans notre rapport. Il est très difficile de trouver une solution qui convienne à la majorité. Je ne sais pas si vous parviendrez à en trouver une qui soit universelle, étant donné qu'il a été question de la différence entre régions rurales et régions urbaines. Nous savons également que, comme ce sont des aînés qui en aident d'autres, le nombre de bénévoles diminue à cause des prix du carburant. Voilà tous les défis auxquels nous songeons. Avez-vous la solution?

Mme Krentz : Je n'ai pas de solution à proposer, mais énormément de rêves.

In the South Eastman community health assessment, they really looked at many, many aspects that they addressed, and one of them was transportation. And when you look at their children taking people, as Ms Nickel was saying, because there are no alternatives, it also impacts the economy of this area.

In the Regional Municipality of Hanover, again, our economy, or the income that people have, is below the provincial average. When you look at people taking time off work, a lot of the people that work, say at Loewen Windows, do not have a paid day off just because you are ill or you are taking somebody ill to go to the hospital. The cost of transportation becomes huge, but it also impacts on the person who has to take time off.

I live between Steinbach and Grunthal. Grunthal is a small community, as I mentioned before. In Grunthal, the community spirit is incredible. The relationship there, the community coming together, it is very faith based, and the church plays a huge role in the cohesiveness of the community. therefore, there is a lot of community spirit and support that way. We do have a handi-van, that is it, there is nothing else. Unless you need the handi-van or you need an ambulance, there is no alternative to than friends, family, volunteers. The community spirit is there, so that comes forward and that supports people, but there is no alternative. If you want a taxi, you have to get a taxi from Steinbach. It is 27 kilometres one way.

Ms Nickel: We have nothing; we have a horse.

Ms Krentz: So I dream a lot, but I have no solutions.

Ms Nilsson-Barkman: Grey Goose Bus Lines.

Ms. Nickel: No, there is no bus line out to Vita, and that is actually how the hospital used to get their blood services, and now we have to have volunteers to get the blood, if we need blood for that area.

I like Ms Nilsson-Barkman's small van idea. I think that is something retrofitted so you can access wheelchairs. We have a neighbour that my husband actually has just refused to take to the hospital because he is 300 pounds and my husband cannot help him in the vehicle anymore. So it is the handi-van. And for the Vita handi-van to come pick him up just to take him to Vita Hospital was going to cost around \$80, and they just cannot afford something like that in this area.

A small van, of course, would be a little bit more economical. Because the thing is, there is not the volume. I know at Rest Haven we have our own handi-van, but it is not viable. We actually support Steinbach handi-van as much as we can, because it is actually cheaper for us to send our residents with Steinbach handi-van than it is to use our own handi-van.

In town, the handi-vans are there, but for the rural area, it is basically volunteer. Some alternative needs to be arranged because more people from my generation are working long distances. You cannot drive away, you know, and decide to come

Il a été question de bien des choses dans l'évaluation de la santé à South Eastman, notamment du transport. Le fait que les enfants transportent leurs parents âgés, comme Mme Nickel le disait, parce qu'il n'y a pas d'autres services, a une répercussion sur l'économie de la région.

Le revenu de la population de la municipalité régionale de Hanover est inférieur à la moyenne provinciale. Beaucoup de ceux qui doivent prendre des jours de congé au travail, par exemple à Loewen Windows, que ce soit pour se soigner eux-mêmes ou pour transporter un malade à l'hôpital, ne sont pas rémunérés. Les coûts du transport sont énormes et c'est la personne qui doit s'absenter du travail qui en subit les conséquences.

Je réside entre Steinbach et Grunthal. Comme je le disais tout à l'heure, Grunthal est une petite agglomération où règne un merveilleux sens de la communauté. On y constate une véritable cohésion due aux relations entre les gens, au sens d'appartenance qui repose sur la croyance religieuse, puisque l'église joue un rôle très important au sein de la collectivité. Il existe donc, à Grunthal, un grand sens de la communauté et la notion de services aux autres. Nous avons un « handi-van » et rien de plus. Ainsi, à moins d'appeler le handi-van ou l'ambulance, il n'y a pas d'autre solution si ce n'est les amis, les membres de la famille et les bénévoles. Il n'y a pas d'autre solution, si ce n'est le fait qu'on peut compter sur le soutien des autres grâce à cet esprit communautaire. Si vous voulez un taxi, vous devez le faire venir de Steinbach, à 27 kilomètres de là.

Mme Nickel : Nous n'avons rien, si ce n'est un cheval.

Mme Krentz : Eh bien moi, je rêve beaucoup, mais je n'ai pas de solutions.

Mme Nilsson-Barkman : Les autocars Grey Goose.

Mme Nickel : Non, il n'y a pas d'autocars qui desservent Vita. Avant, c'est ainsi que l'hôpital faisait transporter les analyses de laboratoire, mais de nos jours, il faut recourir à des bénévoles pour toute analyse dans la région.

J'aime beaucoup l'idée du minibus de Mme Nilsson-Barkman. Il pourrait s'agir d'un véhicule modifié pour embarquer des chaises roulantes. Mon mari vient tout juste de refuser à notre voisin de le transporter à l'hôpital, parce que celui-ci pèse 300 livres et que mon époux n'est plus capable de l'aider à monter et à descendre. Il n'y a donc plus d'autre solution que le « handi-van ». Toutefois, pour que le « handi-van » vienne le prendre pour aller à l'Hôpital Vita, il lui faut verser 80 \$, ce qui devient inabordable dans notre région.

Il est certain qu'un minibus serait beaucoup plus économique, parce que le volume n'est pas là. Nous avons bien notre handi-van à Rest Haven, mais la solution n'est pas viable. Nous recourons plutôt au « handi-van » de Steinbach dans toute la mesure du possible, parce qu'il nous en coûte moins cher de transporter nos résidents à bord du « handi-van » de Steinbach que d'utiliser le nôtre.

En ville, il y a les handi-vans, mais dans les régions rurales, il faut en grande partie faire appel à des bénévoles. Il va falloir trouver d'autres solutions parce que de plus en plus de gens de ma génération travaillent loin de chez eux. On ne peut pas aller

home and take people. I know that I take a lot of my neighbours to a lot of places, but I cannot do it alone, and neither can all the volunteers that are there.

Senator Cordy: And the challenge is with children too. In Nova Scotia, the rural areas, many of the young people are moving to Halifax or moving to Alberta. Family members in years gone by would have picked up a lot of this, but that is just not necessarily the case.

I am interested too in Steinbach 55 and the Club de l'Amitié, and we have heard and you sort of know it. People who were involved in the community when they were younger are likely going to be the people who are involved in the community as volunteers when they get to be senior citizens. In the same way, people who were active when they were younger are going to be the people who go to the friendship centres, or go to, in Halifax I think it was called Club 55 rather than Steinbach 55 Plus.

Do you have any type of an outreach program? Because certainly we have heard about isolation with seniors. For some of the reasons that I have mentioned earlier, families are not living in the area anymore, and we can have isolation in the city. Particularly in rural areas, if family members are not around, how do you reach out to seniors so that they become active within the community?

Ms Nickel: In the southeast, there are a number of different little, I guess they are not official senior centres, but they are groups, like the town hall where they have bingo on a certain night or things like that. They provide their own little support. I know Tolstoy has, Roseau River has, little towns like that have. I do not know if there are more areas like that. I know Piney has a bit of an active area where they make moccasins in the winter time, crafts groups, things like that in the Sprague area.

Ms White: Most of the senior clubs in South Eastman region belong to Eastman Senior Citizens Council, and there is a small fee of \$20 a year that you pay. They provide some collective events where people can get together and enjoy each other's company, but also receive information and network between the clubs.

The clubs are a little different in that they usually have a board or a committee, whereas the senior centre has staff and is governed by a board. Our board of directors is a 12-member board. And we are responsible as a board to the membership and to the Regional Health Authority, to make sure that the funds we get are being used to provide the services that they are purchasing from us.

For advertising, we choose to use the local newspaper, so that there is always information about programs and activities, and to make a place welcoming. One of the ways that many people choose to get involved, even at the senior centre, is through volunteerism. If they are new to the community and they know that they can come in and contribute something, and then they become involved, and as they move along as they need services, they would be very familiar with the steps that are there. We sort

travailler, puis décider de rentrer à la maison pour prendre quelqu'un en charge. Personnellement, je transporte beaucoup de mes voisins en différents endroits, mais je ne peux pas faire tout cela toute seule, pas plus que tous les bénévoles d'ailleurs.

Le sénateur Cordy : Et puis, il y a les problèmes associés aux enfants. En Nouvelle-Écosse, beaucoup de jeunes résidant dans les régions rurales vont à Halifax ou en Alberta. Il y a bien des années, ce sont des membres de la famille qui se seraient principalement occupés de leurs aînés, mais ce n'est plus forcément le cas.

Moi aussi, je suis intéressée à Steinbach 55 et au Club de l'Amitié. Il y a de fortes chances que ceux et celles qui font du bénévolat dans leur jeunesse continuent de faire la même chose au troisième âge. C'est la même chose pour les jeunes qui fréquentent les centres d'amitié ou, à Halifax, le Club 55, un peu comme Steinbach 55 Plus.

Administrez-vous un programme d'extension des services? Il a été question d'isolement des aînés. Pour certaines raisons que j'ai mentionnées plus tôt, les familles ne se trouvent plus dans leur région d'origine et même dans les villes les aînés peuvent être isolés. Dans les régions rurales, quand la famille n'est plus présente, comment faites-vous pour atteindre les aînés afin qu'ils deviennent actifs au sein de la collectivité?

Mme Nickel : Dans le sud-est, il existe différents petits centres pour aînés; ils ne sont pas officiels, mais sont autant de groupements qui organisent des activités semblables à celles de salles communautaires qui tiennent des bingos certains soirs. Ils offrent un service de soutien à leur mesure. C'est le cas de Tolstoy, de Roseau River et d'autres petites agglomérations semblables. Je ne sais pas s'il y a d'autres coins comme cela. Je sais que Piney organise des ateliers de fabrication de mocassins l'hiver et qu'il y a des classes d'artisanat dans la région de Sprague.

Mme White : La plupart des clubs d'aînés de la région de South Eastman appartiennent au Conseil des aînés d'Eastman et il faut verser un droit d'adhésion de 20 \$ par an pour y participer. Ces clubs organisent des événements sociaux qui permettent aux gens de se regrouper, mais aussi d'être informés et de nouer des liens avec les autres clubs.

Les clubs sont un peu différents parce qu'ils sont chapeautés par un conseil ou par un comité, tandis que le centre d'aînés peut compter sur un personnel et qu'il est régi par un conseil d'administration. Le nôtre, qui compte 12 membres, est responsable envers les membres et envers l'office régional de la santé relativement à la bonne utilisation des fonds en fonction des services achetés.

Nous faisons notre publicité dans le quotidien local afin que tout le monde soit toujours au courant des programmes et des activités et que notre centre soit un lieu d'accueil. Beaucoup de gens décident de participer en faisant du bénévolat, même au centre des aînés. Les nouveaux arrivants dans la collectivité savent qu'ils sont les bienvenus et qu'ils peuvent apporter une contribution. Puis, au fur et à mesure qu'ils ont besoin de services, ils découvrent les différentes étapes à franchir. Nous nous

of see ourselves as one stop shopping for a senior while they are living in the community. When they are healthy, they can choose to volunteer, participate in healthy active living. We have a computer lab, so volunteers are in there to help people learn the computer. Then we have fitness classes, Tai Chi, mall walking activities. We just had a long-term care workshop at the centre last week that was open to the community and many people came out and attended.

We try to offer all of those, and hope that people will become involved and will become informed. The local newspaper is gracious to us in that they allow us to have a column and we can advertise these things. Our local radio station does their part in giving us promotion and advertising, often at no cost, or minimum cost. That is how we hope to create awareness.

Our community resource coordinator does have a friendly visiting program, and family members can call for mom and dad and say, you know, mom and dad are lonely, or dad is lonely and would love to have someone come and see them. Our resource coordinator then matches them up with someone who has volunteered to do friendly visiting. For the friendly visitor, a volunteer application is put in place, there is a confidentiality check done, there is a police check done to ensure they are suitable to go into seniors' homes and will not have any issues there. So that is one that is popular.

She also has the transportation program which is used very much but, like the rest of them, is not always adequate. It becomes a particular issue when people become less mobile. It is one thing, even when they call the handi-van, the handi-van priority is for medical care and medical issues. If you are in a wheelchair and you want to go shopping, you may not be able to go shopping because the handi-van's first priority is health and medical. Those kinds of things come on the second level of importance. That is an issue as well. I do not know if that answers your question.

Senator Cordy: Yes.

The Chair: It has been a dilemma, I think, for a number of years, particularly in Manitoba. I mean, 65 per cent of our people live in the City of Winnipeg, so Winnipeg has always sucked up a certain number of services, because there is the sense of we deserve, we have the majority of people that just live in this one urban centre. Has anybody ever given serious discussion, in any of the health regions, to the idea that transportation from communities like this should be free to Winnipeg?

Ms Nickel: Not that I have heard.

Ms Krentz: There has actually been one change in relation to ambulance services, and that happened very recently. I believe it was like just over a year ago in the fall. I used to work at Bethesda Hospital emergency room. So let us say you came in, you had a motor vehicle accident and we sent you to Winnipeg, and you stayed there, you were admitted there, because we cannot offer

considerons comme un guichet unique pour les aînés résidant dans notre collectivité. Ceux qui sont en bonne santé peuvent décider de faire du bénévolat, de mener une vie saine et active. Nous avons un laboratoire informatique où les bénévoles peuvent venir aider les autres à découvrir les secrets de l'ordinateur. Nous donnons également des classes de conditionnement physique, de tai chi et de marche en centre commercial abri. La semaine dernière, nous avons tenu un atelier sur les soins de longue durée, atelier qui s'adressait à tout le monde et auquel bien des gens ont participé.

Nous essayons d'offrir tous ces services en espérant que les gens participeront et s'informeront. Nous pouvons publier gratuitement dans le journal local et nous y avons une rubrique dans laquelle nous pouvons annoncer tout ce que nous faisons. Même la station radio locale fait sa part en nous donnant du temps d'antenne pour nos promotions, très souvent moyennant un coût minime ou nul. C'est ainsi que nous espérons parvenir à sensibiliser la population.

Notre coordonnatrice des services communautaires fait des visites amicales et les enfants d'aînés peuvent nous appeler pour nous dire que leur mère ou leur père vit seul et qu'il serait bien que quelqu'un lui rende visite. Notre coordonnateur des recherches les met alors en correspondance avec un bénévole qui effectue ce genre de visite amicale. Dans le cas de ces bénévoles, nous effectuons une vérification de confidentialité et la police fait également un contrôle pour s'assurer qu'il n'y aura pas de problèmes à permettre à ces visiteurs de pénétrer dans les foyers de personnes âgées. Ce genre de programme est également très couru.

Notre coordonnatrice s'occupe aussi du programme de transport qui est beaucoup sollicité mais qui, comme les autres programmes d'ailleurs, n'est pas toujours adéquat. Le problème se pose tout particulièrement dans le cas des personnes à mobilité réduite. Le « handi-van » est utilisé prioritairement pour des demandes de transport associé à des soins médicaux. La personne en chaise roulante qui veut aller faire ses achats n'est donc pas prioritaire. Tout ce qui n'est pas services médicaux et de santé passe en deuxième place. Le transport pose aussi un problème à cause de cela. Je n'ai pas de réponses à vos questions.

Le sénateur Cordy : Bien.

La présidente : C'est un véritable problème depuis bien des années, surtout au Manitoba. Ce que je veux dire, c'est que 65 p. 100 de la population de la province se trouve à Winnipeg qui a toujours absorbé la plus grande part des services, ce qui est normal en un sens étant donné qu'une majorité de Manitobains vivent dans ce centre urbain. A-t-il déjà été question, dans les régions de la santé, d'offrir un service de transport gratuit des collectivités environnantes à Winnipeg?

Mme Nickel : Pas à ce que je sache.

Mme Krentz : En fait, nous venons tout juste d'apporter un changement au service d'ambulance. Si je ne m'abuse, c'était il y a un peu plus d'un an, à l'automne. À ce moment-là, je travaillais à la salle d'urgence de l'Hôpital Bethesda. Avant, un accidenté de la route à Steinbach était transporté par ambulance jusqu'à l'Hôpital de Winnipeg, parce qu'il n'y a pas de services en

you the services here in Steinbach. If you stayed in Winnipeg at the Health Sciences or St. Boniface, the patient actually got charged for the ambulance service.

Now, in the same scenario, if we send you to Winnipeg for a CT scan and you came back to Bethesda, it was absorbed by the hospital. Now, that changed just recently. That has been changed, through Manitoba Health for transportation by ambulance. So now when it is medically necessary, irrespective whether you come back or not, and it is signed off by a physician, it is no cost to the person. That is a huge saving. Because people used to end up with all sorts of extra billing. You have just been traumatized because you have been in a motor vehicle accident, we cannot provide you with the services and then you get the bill, because we cannot provide you with the services here, locally. That to me was huge. Manitoba Health has responded accordingly.

From a personal care home perspective, Manitoba Health is responding to the need of attracting professional people to personal care homes in relation to nursing services, especially. They put more money in that basket. We have just gone through all these processes here regionally, where we put forth what our nursing hours should be. The goal is to provide 3.6 hours of direct care for each resident in a personal care home. It is making it more attractive. Because until now, the stigma about work in a personal care home was that you were no longer a real nurse, or you were not as glamorous. I mean you work in a personal care home, you are at the end of your career. There is less stigma attached to where you work and so on. So there is a little bit of progress in relation to that. As far as people in the community, that is still a challenge.

The Chair: The issue is clear. I mean, we all know that the vast majority of medical specialists are in fact located in Winnipeg. I mean, they are not, even with the greatest respect to Steinbach, they are not for the most part located in Steinbach, and they are not located in Ste. Anne, and they are not located in La Broquerie, they are located in Winnipeg. Winnipeggers never give two thoughts to this. They get on the bus or perhaps they take a cab, or they do whatever, and they go to see the specialist, they get back in the cab, they get back on the bus, they get back in their own personal vehicle, and they go back home. But it has never been that for people who live in remote areas.

Ms Nilsson-Barkman: I do not think people mind paying something, because they choose to live here and they know that. It is the amount they are having to pay. It is just unreal to think that you will pay \$120 if you have to take a handi-van from Steinbach to Winnipeg kind of thing.

Ms Krentz: So what is your suggestion? How do we go about lobbying our government?

The Chair: I want to thank all of you very much for your presentations this afternoon. It was very helpful to hear from all of you, because you are experiencing it. Now this is why we are

region. The patient was then billed for that transport to the Centre des sciences de la santé ou à l'Hôpital Saint-Boniface de Winnipeg.

Les frais de transport d'un résident de Bethesda qui devait aller passer un tomodensitogramme à Winnipeg étaient absorbés par l'hôpital. Santé Manitoba a récemment changé tout cela dans le cas du transport par ambulance. Désormais, en cas de nécessité médicale, peu importe qu'il y ait voyage retour ou pas, si le transport est autorisé par un médecin, il n'en coûte rien au patient. L'économie est considérable. Avant, les gens devaient payer toutes sortes de frais supplémentaires. Le blessé de la route était traumatisé à cause de son accident et, en plus, on ne pouvait pas lui offrir les services nécessaires sans qu'il soit tenu de payer, étant donné qu'aucun service du genre n'était offert sur place. C'était catastrophique en ce qui me concerne et Santé Manitoba a réagi comme il se devait.

En ce qui concerne les foyers de soins personnels, Santé Manitoba cherche à attirer des professionnels dans les foyers de soins personnels, surtout dans le domaine des soins infirmiers. Le ministère a débloqué des budgets supplémentaires pour cela. Dans la région, nous venons d'établir le nombre d'heures de soins infirmiers dont nous aurions besoin. Nous visons à offrir 3,6 heures de soins directs à chaque résident de foyer de soins personnels, ce qui rend ce genre de poste plus attrayant. En effet, jusqu'à présent, un stigmate était attaché au travail en foyer de soins personnels, soit qu'on n'était plus un infirmier ou une infirmière véritable et que ce type de poste n'était pas particulièrement prestigieux. Avant, c'est uniquement en fin de carrière qu'on se retrouvait dans un foyer de soins personnels. Désormais, le stigmate est moindre. Dès lors, la situation a un peu évolué sur ce plan, mais pour ce qui est des résidents de la collectivité, le défi demeure.

La présidente : Le problème est clair. Ce que je veux dire par là, c'est que nous sommes bien conscients que la plus grande partie des médecins spécialistes se trouvent à Winnipeg. Même si je respecte Steinbach, force est de constater que très peu de spécialistes exercent là-bas, pas plus qu'à Sainte-Anne ou à La Broquerie. Les Winnipeggois, eux, n'y pensent jamais. Il leur suffit de prendre un autobus, éventuellement un taxi ou peu importe, et ils aboutissent chez le spécialiste. Ils en sortent, reprennent un taxi, l'autobus ou leur véhicule personnel et rentrent chez eux. Ça n'a jamais été le cas de ceux et de celles qui résident en régions éloignées.

Mme Nilsson-Barkman : Je ne pense pas que les gens soient dérangés par l'idée d'avoir à payer quelque chose, parce qu'ils ont décidé de vivre ici et qu'ils connaissent les règles du jeu. C'est plutôt la somme qu'ils ont à déboursier qui les dérange. Il est absolument incroyable de penser qu'il faut verser 120 \$ pour emprunter un « handi-van » qui va vous conduire de Steinbach à Winnipeg.

Mme Krentz : Que suggérez-vous donc? Comment s'y prendre pour faire pression sur le gouvernement?

La présidente : Je tiens à vous remercier beaucoup pour vos exposés. Vous nous avez beaucoup aidés parce que vous avez toutes une grande expérience du domaine. C'est d'ailleurs pour

travelling. We have heard much of this evidence in Ottawa, but it is by people who have read or researched or done the digging, but they have not lived it. What we have heard from you this afternoon is you are experiencing it on a day-to-day basis, and that makes it very helpful. And we thank you very much.

The committee adjourned.

cela que notre comité se déplace. Nous avons recueilli beaucoup de témoignages à Ottawa, mais il s'agissait de témoins ayant une connaissance livresque et non pratique de ce dossier. Cet après-midi, vous nous avez dit que vous vivez tout cela au quotidien, ce qui rend vos témoignages d'autant plus utiles. Nous vous en remercions beaucoup.

La séance est levée.

Monday, June 2, 2008 (afternoon session)

Health Canada:

Jim Wolfe, Regional Director, Manitoba.

Original Seniors Resource Centre (Winnipeg):

Thelma Meade, Executive Director.

Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg:

Dennis Sinclair, Program Manager.

Menno Home for the Aged:

Maria Krentz, Acting Administrator.

Steinbach 55 Plus.

Pat Porter, President;

Dianna White, Executive Director.

Club de l'Amitié:

Paulette Sabot, Treasurer.

Rest Haven Nursing Home:

Tannis Nickel, Director, Nursing Services.

Health Eastman Health:

Sylvia Nilsson-Barkman, Services to Seniors Program Specialist.

Le lundi 2 juin (séance de l'après-midi)

Santé Canada :

Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba.

Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg :

Thelma Meade, directrice générale.

Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg :

Dennis Sinclair, gestionnaire de programme.

Menno Home for the Aged :

Maris Krentz, administratrice intérimaire.

Steinbach 55 Plus :

Pat Porter, présidente;

Dianna White, directrice générale.

Club de l'Amitié :

Paulette Sabot, trésorière.

Rest Haven Nursing Home :

Tannis Nickel, directrice, Services infirmiers.

Santé Sud-Est Inc. :

Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste de programme en services aux aînés.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, June 2, 2008 (morning session)

Villa Youville:

Jean Balcaen, President.

South Eastman Health:

Aurèle Boisvert, President.

Centre Taché and Foyer Valade:

Charles Gagné, Director General.

Conseil communauté en santé du Manitoba:

Annie Bédard, Executive Director.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc.:

Thérèse Dorge, President;

Gérald Curé, Director General.

As individuals:

Dr. Gérald Gobeil;

Louis Bernardin.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le lundi 2 juin 2008 (séance du matin)

Villa Youville :

Jean Balcaen, président.

Santé Sud-Est Inc. :

Aurèle Boisvert, président.

Centre Taché et Foyer Valade :

Charles Gagné, directeur général.

Conseil communauté en santé du Manitoba :

Annie Bédard, directrice générale.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc. :

Thérèse Dorge, présidente;

Gérald Curé, directeur général.

À titre personnel :

Dr Gérald Gobeil;

Louis Bernardin.

(Suite à la page précédente)



CA1
YCLZ
-2006
A33



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Wednesday, June 4, 2008

Issue No. 12

Twenty-third and twenty-fourth meetings on:

Special study on aging

WITNESSES:

(See back cover)

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le mercredi 4 juin 2008

Fascicule n° 12

Vingt-troisième et vingt-quatrième réunions concernant :

L'étude spéciale sur le vieillissement

TÉMOINS :

(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON
AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

*Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

VANCOUVER, BRITISH COLUMBIA,
Wednesday, June 4, 2008
(24)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m., in the West Wing room, 411 Seniors Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cordy and Mercer (3).

In attendance: Julie Cool and Karin Phillips, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:**411 Seniors Centre Society:**

Margaret Coates, Executive Director.

Providence Health Care:

Dr. Sharon Koehn, Research Associate, Centre for Healthy Aging.

As an individual:

Eunju Hwang, B.C. Real Estate Foundation Fellow, Simon Fraser University's Gerontology Research Centre.

MOSAIC:

Eyob G. Naizghi, Executive Director.

Progressive Intercultural Community Services Society:

Charan Gill, Chief Executive Officer.

S.U.C.C.E.S.S.:

Alice Choi, Administrator.

Collingwood Neighbourhood House:

Jo-Anne Stephens, Seniors Program Coordinator.

The chair made a statement.

Ms. Coates, Dr. Koehn and Ms. Hwang each made a presentation and answered questions.

At 10:27 a.m., the committee suspended.

At 10:30 a.m., the committee resumed.

The chair made a statement.

PROCÈS-VERBAUX

VANCOUVER, COLOMBIE-BRITANNIQUE,
le mercredi 4 juin 2008
(24)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle West Wing du 411 Seniors Centre, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (présidente).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cordy et Mercer (3).

Aussi présentes : Julie Cool et Karin Phillips, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société canadienne. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :**411 Seniors Centre Society :**

Margaret Coates, directrice générale.

Providence Health Care :

Dre Sharon Koehn, associée de recherche, Centre pour le vieillissement en santé.

À titre personnel :

Eunju Hwang, boursière de la B.C. Real Estate Foundation, Université Simon Fraser, Gerontology Research Centre.

MOSAIC :

Eyob G. Naizghi, directeur général.

Progressive Intercultural Community Services Society :

Charan Gill, chef de la direction.

S.U.C.C.E.S.S. :

Alice Choi, administratrice.

Collingwood Neighbourhood House :

Jo-Anne Stephens, coordonnatrice du programme des aînés.

La présidente fait une déclaration.

Mme Coates, la Dre Koehn et Mme Hwang font chacune un exposé puis répondent aux questions.

À 10 h 27, la séance est interrompue.

À 10 h 30, la séance reprend.

La présidente fait une déclaration.

Mr. Naizghi, Mr. Gill, Ms. Choi and Ms. Stephens each made a presentation and answered questions.

At 12:02 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

VANCOUVER, BRITISH COLUMBIA,
Wednesday, June 4, 2008
(25)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:04 p.m. in the West Wing room, 411 Seniors Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cordy and Mercer (3).

In attendance: Julie Cool and Karin Phillips, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (*For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

BC Centre for Elder Advocacy and Support:

Penny Bain, Secretary and Director, Board of Directors.

Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse:

Charmaine Spencer, member of the board.

First Nations Health Council:

Joe Gallagher (Kwunahmen), Senior Director.

BC Association of Aboriginal Friendship Centres:

Lisa Mercure, Elders Coordinator.

As individuals:

Gregg Schiller, Coordinator, BC Seniors Advocacy Network;

Bonnie O'Sullivan, Social Coordinator, 411 Seniors Centre Society;

Joanne Taylor, Executive Director, Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry;

Steve Ellis.

The chair made a statement.

MM. Naizghi et Gill ainsi que Mmes Choi et Stephens font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 12 h 2, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

VANCOUVER, COLOMBIE-BRITANNIQUE,
le mercredi 4 juin 2008
(25)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 4, dans la salle West Wing du 411 Seniors Centre, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cordy et Mercer (3).

Aussi présentes : Julie Cool et Karin Phillips, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Également présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son examen des implications du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

BC Centre for Elder Advocacy and Support :

Penny Bain, secrétaire et directrice, conseil d'administration

Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aînés :

Charmaine Spencer, membre du conseil.

First Nations Health Council :

Joe Gallagher (Kwunahmen), directeur principal.

BC Association of Aboriginal Friendship Centres :

Lisa Mercure, coordonnatrice pour les aînés.

À titre personnel :

Gregg Schiller, coordonnateur, BC Seniors Advocacy Network;

Bonnie O'Sullivan, coordonnatrice des activités sociales, 411 Seniors Centre Society;

Joanne Taylor, directrice générale, Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry;

Steve Ellis.

La présidente fait une déclaration.

Ms. Bain and Ms. Spencer each made a presentation and answered questions.

At 2:32 p.m., the committee suspended.

At 2:36 p.m., the committee resumed.

The chair made a statement.

Mr. Gallagher and Ms. Mercure each made a presentation and answered questions.

At 3:56 p.m., the committee suspended.

At 4:02 p.m., the committee resumed.

Mr. Schiller, Ms. O'Sullivan, Ms. Taylor and Mr. Ellis each made a statement.

At 4:24 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Mmes Bain et Spencer font chacune un exposé puis répondent aux questions.

À 14 h 32, la séance est interrompue.

À 14 h 36, la séance reprend.

La présidente fait une déclaration.

M. Gallagher et Mme Mercure font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 15 h 56, la séance est interrompue.

À 16 h 2, la séance reprend.

M. Schiller, Mmes O'Sullivan et Taylor ainsi que M. Ellis font chacun une déclaration.

À 16 h 24, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

VANCOUVER, British Columbia, Wednesday, June 4, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, members of the public, welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging. The committee is examining the implications of an aging society in Canada. The range of complex issues relating to aging have preoccupied governments for many years. They have become more prominent, however, as the number of seniors grows as a result of both a longer life expectancy and the aging of the baby boom generation. The public programs and services offered to seniors are essential to their well-being, and it is our duty as governments that we ensure there are no gaps in meeting their needs.

We are here in Vancouver today to hear from interested parties on the impacts of an aging society, and more specifically to hear their views on our second interim report, which was tabled in the Senate on March 11. The interim report focuses on active aging; older workers, retirement and income security; healthy aging; supports to aging in place of choice; and the regional distribution of health costs associated with aging.

This is the sixth stop of our cross-country Canada travels, and we look forward to today's testimony to help us to develop a comprehensive set of recommendations for our final report, which we hope we can table on September 30.

Beginning with our first panel this morning, we have the pleasure to have before us, on behalf of the 411 Seniors Centre Society, Ms. Margaret Coates, and we thank you for hosting us here today; from Providence Health Care's Centre for Healthy Aging is Dr. Sharon Koehn; and from Simon Fraser University's Gerontology Research Centre is Ms. Eunju Hwang.

Thank you all for taking the time to meet with us today. Let us begin with remarks from panelists, and then I know that my colleagues will have some questions.

Margaret Coates, Executive Director, 411 Seniors Centre Society: Welcome to the 411 Seniors Centre. We are pleased to be able to host everybody here, despite the fact that we are in the midst of a renovation; I kept assuring your staff people that we would be able to host you nevertheless.

TÉMOIGNAGES

VANCOUVER, Colombie-Britannique, le mercredi 4 juin 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 heures, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, mesdames et messieurs du public, bienvenue à cette séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité examine les incidences du vieillissement de la société canadienne. L'ensemble de questions complexes qui ont trait au vieillissement préoccupe le gouvernement depuis longtemps. Celles-ci sont cependant devenues plus pressantes, puisque le nombre de personnes âgées augmente en raison de l'espérance de vie plus longue et du vieillissement de la génération du baby-boom. Les programmes et les services publics offerts aux aînés sont essentiels à leur mieux-être, et c'est le devoir des gouvernements que de s'assurer de répondre à leurs besoins.

Nous sommes aujourd'hui à Vancouver pour entendre le témoignage des parties intéressées à la question des incidences du vieillissement de la société, et plus précisément pour prendre connaissance de leur point de vue sur notre second rapport provisoire, que nous avons déposé devant le Sénat le 11 mars. Le rapport provisoire porte sur le vieillissement actif, les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu, le fait de vieillir en santé, les mesures de soutien permettant aux aînés de vieillir à l'endroit de leur choix et la répartition régionale des coûts en soins de santé liés au vieillissement.

Il s'agit du sixième endroit que nous visitons dans le cadre de voyages que nous faisons partout au Canada, et nous espérons que les témoignages que nous allons entendre aujourd'hui nous aideront à formuler un ensemble de recommandations complet dans notre rapport final, que nous aimerions déposer le 30 septembre.

Pour notre premier groupe de témoins de ce matin, nous avons le plaisir d'entendre les témoignages de Mme Margaret Coates, de la 411 Seniors Centre Society — et nous vous remercions de nous accueillir ici aujourd'hui —, de la Dre Sharon Koehn du Centre pour le vieillissement en santé de Providence Health Care ainsi que de Mme Eunju Hwang, du Gerontology Research Centre de l'Université Simon Fraser.

Merci de prendre le temps de discuter avec nous aujourd'hui. Commençons par écouter les déclarations des témoins, et je sais que mes collègues voudront ensuite poser des questions.

Margaret Coates, directrice générale, 411 Seniors Centre Society : Bienvenue au 411 Seniors Centre. Nous sommes très heureux de recevoir tout le monde ici, malgré le fait que nous sommes en plein milieu de rénovations; je n'ai pas cessé de répéter à votre personnel que nous allions être en mesure de vous recevoir quand même.

I have been the executive director of the centre for the last 14 years or so. The 411 Seniors Centre has been around since 1972, housed in this building from that time. The building itself is nearly 100 years old and will reach its centennial year in 2010, the same time as the Olympics — two reasons to celebrate if you support the Olympics. We were given the building with all its potential and challenges, and one way we have been trying to deal with the challenge of the old building is to do some renovations which you probably noticed as you came in. I apologize for any noise or disruption.

Over the years, as executive director I have mostly been caught up in the day-to-day management of running a seniors centre, but I have also tried to look outward to seniors in my community. According to 411, I am actually a senior, since I am 61 and over the age of 55, which is our starting age for seniors. I have seen many changes in the demographic of seniors, and I have also seen, I am glad to say, a concomitant change in attitude towards seniors and their issues and concerns.

I read your report with interest and enthusiasm. I was asked to look at gaps in the issues that you raise, and I was really pleased to see that every time I said in my mind, "What about," there it was. I think that you listened to folks very hard. I noticed in the appendix that the people who presented were from a wide range of groups, including grassroots folks like people from the 411, and I was very pleased to see that.

We were happy to see a concentration on issues of income, because 411 itself supports seniors who are generally low income or on a fixed income; some may be land rich, but cash poor. Issues around that are important to us, especially changes around Canada Pension Plan, CPP.

In the past, you heard a presentation from a group that we have been supporting here at 411 funded through the Status of Women Canada, WE*ACT, Women Elders in Action. They did a lot of work around women and pensions, especially low-income women, and now they are focusing on middle-income women and the issues they will face as they age. I do not need to say more about that, because it is already in your report, and I am pleased to see that. However, when I asked the staff coordinator of the project to come up with other issues, she certainly had a long list of them, but I will not share those today.

Cela fait environ 14 ans que je suis directrice générale du centre. Le 411 Seniors Centre existe depuis 1972 et il est situé dans cet édifice depuis le début. Celui-ci a près de 100 ans, et il va en fait devenir centenaire en 2010, l'année des Jeux Olympiques : deux raisons de célébrer si vous aimez les olympiques. On nous a fait don de cet édifice, pour le meilleur et pour le pire, et l'un des moyens par lesquels nous essayons de régler les problèmes qui découlent de l'âge de l'édifice, c'est de faire des renovations, ce que vous avez probablement remarqué à votre arrivée. Veuillez excuser le bruit ou le dérangement.

Depuis que je suis directrice générale du centre, je me suis surtout occupée des activités quotidiennes de gestion que suppose la direction d'un centre pour personnes âgées, mais j'ai aussi essayé de tourner mon regard vers les aînés de ma collectivité. D'après les critères du 411 Seniors Centre, je suis moi-même une personne âgée, puisque j'ai 61 ans et que nous considérons que les gens sont âgés à partir de 55 ans. J'ai été témoin de nombreux changements dans le profil démographique des aînés, et je suis heureuse de dire que j'ai également vu un changement d'attitude à leur égard et en ce qui concerne leurs problèmes et préoccupations.

J'ai lu votre rapport avec intérêt et enthousiasme. On m'a demandé de voir si vous avez oublié de parler de certaines choses, et je suis très contente, parce que chaque fois que je me suis demandé si vous parliez de telle ou telle chose, j'ai tout de suite vu que c'était dans le rapport. Je pense que vous avez écouté les gens très attentivement. J'ai vu dans l'annexe que les témoins que vous avez entendus sont issus de tout un éventail de groupes, dont des gens qui oeuvrent à l'échelle communautaire comme les gens du 411 Seniors Centre, et j'ai été très contente de voir ça.

Nous avons été heureux de constater que vous avez insisté dans votre rapport sur les questions liées au revenu, puisque notre organisation offre elle-même de l'aide à des aînés qui, de façon générale, ont un faible revenu ou un revenu fixe; certains d'entre eux sont à la fois riches et pauvres, puisqu'ils possèdent des biens immobiliers mais n'ont pas de liquidités. Les questions de cet ordre sont importantes à nos yeux, particulièrement les changements qui touchent le Régime de pensions du Canada, le RPC.

Vous avez déjà entendu le témoignage d'un groupe que notre organisation soutient et qui est financé par Condition féminine Canada : WE*ACT, Women Elders in Action. Cette organisation a fait beaucoup de travail dans le domaine des pensions auprès des femmes, surtout les femmes dont le revenu est faible, et elle s'occupe maintenant des femmes qui ont un revenu moyen et des problèmes que celles-ci vont connaître en vieillissant. Je n'ai pas besoin d'en dire davantage là-dessus, parce que vous en parlez déjà dans votre rapport, et j'en suis bien contente. Cependant, lorsque j'ai demandé à la coordinatrice du personnel du projet de me faire part d'autres problèmes que ceux que vous avez soulevés, elle m'en a fourni toute une liste, mais je ne vais pas en parler aujourd'hui.

I was happy to see the aging in place issues. We were glad to see that home support and home care are quite important pieces on your agenda.

I thought the section on options for the future was fairly comprehensive.

There were some gaps. For example, a small gap is the dentistry piece. There was a section on dentistry, but it talked about dentistry for two groups and did not look at dentistry as an option for low-income seniors and even middle-income seniors, who again may be land rich but cash poor. A lot of data supports the notion that good dental hygiene is important as a preventative measure for heart attacks and heart conditions, and I am taking it seriously, flossing three times a day, which I never used to do. I would like to see that topic opened up a bit.

I did not see advocacy in the report, and when I say "advocacy" I am talking about seniors helping seniors, seniors looking after the needs of seniors through a variety of ways. Over the years, we have developed information and referral programs that help seniors at the grassroots achieve their entitlements, like helping to fill in forms and a number of things, even finding housing. We found that seniors need help, and we need to go beyond that by providing seniors as peer advocacy counsellors, to actually get seniors in touch with their entitlements and also to go beyond simply giving them information. They might, for instance, help a senior in a long-term care situation who has no family supports or friends to deal with long-term care issues.

As you mentioned in your report, there are a number of issues around regulation, and for a senior to be in long-term care and also deal with changing regulations or confusing regulations is difficult. We think that supporting seniors' advocates is a cost-effective and beneficial way to help seniors themselves. At 411 we have always believed in seniors helping seniors, and I believe many of my colleagues in the field support that notion.

I was happy to see that there was some discussion about home care. At a recent think tank on home care put on by the Ministry of Community Services here in Vancouver, B.C., we looked at some data that offered compelling evidence that home care is the cost-beneficial alternative to long-term care. I did not read all of the pieces that went with that, but I found the one from Denmark

J'ai été ravie de voir que vous abordiez les questions liées au fait de vieillir chez soi. Nous avons été heureux de constater que le soutien et les soins à domicile sont des éléments assez importants pour vous.

J'ai trouvé la section sur les options pour l'avenir très complète.

Il y a tout de même quelques éléments qui manquent. Il y a une petite lacune, par exemple, au chapitre des soins dentaires. Votre rapport comporte une section sur ces soins, mais vous parlez des soins dentaires offerts à deux groupes et vous n'envisagez pas les soins dentaires comme une option pour les personnes âgées dont le revenu est faible, et même celles dont le revenu est moyen, qui, encore une fois, peuvent être riches en biens immobiliers, mais pauvres en liquidités. Il y a beaucoup de données à l'appui de l'idée qu'une bonne hygiène dentaire contribue à la prévention des crises cardiaques et des maladies du cœur, et je prends ça au sérieux, j'utilise le fil de soie dentaire trois fois par jour, ce que je ne faisais jamais avant. J'aimerais voir davantage de discussions sur ce sujet.

Je n'ai rien vu dans le rapport sur la défense des droits, et lorsque je dis « défense des droits », je parle de personnes âgées qui en aident d'autres, qui les aident à répondre à leurs besoins de toutes sortes de façons. Au fil des ans, nous avons mis sur pied des programmes communautaires d'information et d'aiguillage pour aider les aînés à obtenir les prestations auxquelles ils ont droit, pour les aider à faire toutes sortes de choses, par exemple à remplir des formulaires, et même à trouver un logement. Nous avons constaté qu'ils ont besoin d'aide, et nous devons aller au-delà de ça en leur fournissant l'aide de pairs qui peuvent les conseiller et faire valoir leurs droits, pour qu'ils puissent obtenir les prestations auxquelles ils ont droit et aussi pour ne pas nous contenter de leur donner de l'information. Ces pairs peuvent par exemple venir en aide aux personnes âgées qui reçoivent des soins à long terme et qui ne jouissent pas d'un soutien familial ou n'ont pas d'amis pour s'occuper des questions liées à ces soins.

Comme vous le mentionnez dans votre rapport, il y a de nombreux problèmes touchant la réglementation, et il est difficile pour les personnes âgées de vivre dans un foyer de soins de longue durée et de composer avec les changements apportés à la réglementation ou avec une réglementation qui peut être difficile à comprendre. Pour nous, soutenir des défenseurs des droits des personnes âgées est un moyen rentable et efficace d'aider les personnes âgées elles-mêmes. Au 411 Seniors Centre, nous avons toujours pensé que les personnes âgées pouvaient s'entraider, et je pense que bon nombre de mes collègues du domaine sont d'accord.

J'ai été heureuse de voir que vous abordez la question des soins à domicile dans votre rapport. Récemment, dans le cadre des activités d'un groupe de réflexion sur les soins à domicile formé par le ministère des Services communautaires, ici, à Vancouver, en Colombie-Britannique, nous avons examiné des données qui montraient clairement que les soins à domicile sont une solution

remarkable: in one small region they did away with all of the long-term care and put in home support, and the savings to government were quite astounding.

I would like to plug support to seniors organizations themselves. It is my contention and I think my colleagues' who work in seniors centres that this is a natural place for us to provide public education programs, which you talk about in your report fairly often; these could be the public education support programs on nutrition options, supportive housing information, use of prescription drugs. We have been hearing in the news lately about how we could cut the cost of emergency visits by having proper prescription drug information and that kind of thing. Seniors' places are also a place to support lifelong learning and volunteer programs. I was pleased to note in your report that you support volunteer programs. I think all seniors would support all of the ways that you could support volunteer programs through tax incentives and other measures. We are a natural place also for volunteerism. Our centre has 250 volunteers; we could not run 411 without that kind of support.

Over the years, core funding for seniors' programs has not been that available. We are just starting to notice a little bit of a shift, and I think that it would be very helpful to the government to support seniors' centres with more core funding in order to provide those kinds of options. I think the benefits in the end would be great for everybody, including less impact on government, less impact on beleaguered families and less impact on caregivers.

Finally, I think that in the report you should enlarge the concept of diversity to include supports to the lesbian, gay, transsexual community. I did not notice anything specific to that group, nor did I notice much emphasis on seniors aging with a disability, and a lot of work needs to be done, particularly with the latter. The former, the LGTB community, are starting to develop their own policies and best practices, and I think it is time that we tried to support them. I believe they have unique needs for housing, home support, long-term care and so on, so I would like to see you enlarge that. The 411 Seniors Centre has tried to expand its own long-term vision around expanding our base for diversity, so I would like to give a pump to that again as well.

The Chair: Thank you, and thank you for having us here.

de rechange rentable et avantageuse par rapport aux soins de longue durée. Je n'ai pas lu tout ce qu'il y avait là-dessus, mais j'ai trouvé remarquable la partie qui concernait le Danemark : dans une petite région de ce pays, on a remplacé tous les soins de longue durée par des soins à domicile, et le gouvernement a ainsi économisé énormément d'argent.

J'aimerais également parler des organisations de personnes âgées elles-mêmes. Selon moi, et selon aussi, je pense, mes collègues des centres pour personnes âgées, il s'agit d'endroits tout indiqués pour offrir des programmes de sensibilisation de la population, dont vous parlez pas mal dans votre rapport; il pourrait s'agir des programmes sur les choix en matière de nutrition, des programmes d'information de soutien sur le logement et de ceux qui ont trait à l'usage des médicaments d'ordonnance. Nous avons entendu parler dernièrement dans les actualités de la possibilité de réduire les coûts liés à l'utilisation des services d'urgence en fournissant de l'information adéquate sur les médicaments d'ordonnance et autres choses du genre. Les centres pour personnes âgées sont également un endroit tout indiqué pour offrir des programmes d'apprentissage continu et de bénévolat. J'étais contente de voir dans votre rapport que vous appuyez les programmes de bénévolat. Je pense que tous les aînés seraient en faveur des mesures que vous pourriez prendre, quelles qu'elles soient, pour appuyer les programmes de bénévolat, qu'il s'agisse d'incitatifs fiscaux ou d'autres mesures. Les organisations comme la nôtre sont également le lieu tout indiqué pour le bénévolat. Il y a 250 personnes qui travaillent bénévolement à notre centre; sans ce genre de soutien, nous ne pourrions pas garder le 411 Seniors Centre ouvert.

Dans le passé, il n'a pas été très facile d'obtenir du financement de base pour les programmes visant les personnes âgées. Nous commençons à peine à entrevoir de petits changements, et je pense que ce serait une très bonne idée pour le gouvernement de soutenir les centres pour personnes âgées en leur offrant davantage de financement de base pour offrir ce genre d'options. Je pense que ce serait très avantageux pour tout le monde au bout du compte, notamment parce que cela réduirait le fardeau du gouvernement, des familles, qui sont submergées, ainsi que des soignants.

Enfin, je pense que, dans votre rapport, vous devriez étendre l'idée de diversité à la communauté lesbienne, gaie et transsexuelle. Je n'ai rien vu sur ce groupe en particulier, et je n'ai rien vu non plus sur les aînés qui vieillissent et qui ont un handicap, et il y a beaucoup de travail à faire, surtout par rapport à ces derniers. Pour ce qui est de la communauté LGTB, les gens qui en font partie commencent à élaborer leurs propres politiques et à définir leurs pratiques exemplaires, et je pense qu'il est temps que nous commencions à les aider. Je pense qu'ils ont des besoins particuliers en matière de logement, de soutien à domicile, de soins de longue durée et ainsi de suite, alors j'aimerais que vous étendiez la portée de cette idée. Au 411 Seniors Centre, nous avons nous-mêmes essayé de donner plus de portée à notre vision à long terme au chapitre de l'accroissement de la diversité, alors j'aimerais encore une fois insister également là-dessus.

La présidente : Merci, et merci aussi de nous recevoir.

Dr. Sharon Koehn, Research Associate, Centre for Healthy Aging, Providence Health Care: Good morning, and thank you for having me as well.

Forgive me, I do not usually read from a script, but I am very conscious of your time, and I am interested in engaging in questions with you. Congratulations to the committee for drafting a comprehensive interim report.

I have submitted a written brief to the committee in which I have included information on several topics concerning ethnocultural results relevant to your conclusions and recommendations. Given the time limitations, however, I would like to restrict my comments today to one of those topics, the special case of seniors who arrive in Canada as family class immigrants, and I suspect you will be hearing perhaps more on this topic from Charan Gill this afternoon.

My comments are based primarily on my 18 years of research experience with Punjabi immigrant seniors in B.C. as well as on literature on the topic, and much of what I will say today is extracted from a chapter that I co-authored with Charmaine Spencer, who is also coming this afternoon, and Dr. Hwang.

Reuniting immigrant families has been considered an important goal in Canadian policy. Between 2002 and 2006, 88 per cent of senior immigrants to B.C. arrived under the family class. Nationally, seniors comprised almost half of all family class immigrants to Canada in 2006. When an elderly relative is sponsored under the family class immigration category, the sponsor makes an unconditional undertaking of support for a period of 10 years to the Department of Citizenship and Immigration. This is a longer period than for any other family class group. During the initial dependency period, seniors may not be eligible for public pension such as the allowance, Old Age Security, or the Guaranteed Income Supplement, nor for social services, subsidized housing or housing subsidies, or other local benefits such as reduced fare bus passes.

In addition, many older immigrants remain economically disadvantaged even after sponsorship ends. This is because of the way the residency criterion for Old Age Security is calculated, although as Penny Priddy, the member of Parliament for Surrey North, pointed out, immigrants from South Asia, for example, are actually at a greater disadvantage in this regard than immigrants from countries such as Australia, New Zealand and the United Kingdom, with whom Canada has reciprocal agreements on social security. This can have a beneficial effect

Dre Sharon Koehn, associée de recherche, Centre pour le vieillissement en santé, Providence Health Care : Bonjour, et merci de m'accueillir aussi.

J'espère que vous m'excuserez, je n'ai pas l'habitude de lire un texte en guise d'exposé, mais je suis tout à fait consciente du fait que le temps dont vous disposez est limité, et j'ai hâte que nous passions à la période de questions. Mes félicitations au Comité, qui a rédigé un rapport intérimaire exhaustif.

J'ai présenté au comité un mémoire dans lequel j'ai mis de l'information sur plusieurs sujets concernant des résultats ethnoculturels qui ont trait à vos conclusions et à vos recommandations. Vu le temps limité dont nous disposons, je vais cependant m'en tenir, pour mon exposé d'aujourd'hui, à l'un de ces thèmes, c'est-à-dire le cas particulier des aînés qui s'installent au Canada à titre d'immigrants membres de la catégorie du regroupement familial, et j'ai l'impression que vous allez peut-être entendre Charan Gill parler de ce sujet aussi cet après-midi.

Mes observations sont fondées surtout sur mes 18 années d'expérience dans la recherche auprès des immigrants panjabis âgés de la Colombie-Britannique ainsi que sur la documentation qui porte sur ce thème, et une bonne partie de ce que je vais dire aujourd'hui est tiré d'un chapitre que j'ai rédigé avec Charmaine Spencer, qui va également être ici cet après-midi, et avec Eunju Hwang.

On considère depuis un certain temps que le fait de réunir les familles d'immigrants est l'un des objectifs importants des politiques du Canada. Entre 2002 et 2006, 88 p. 100 des immigrants âgés qui se sont installés en Colombie-Britannique étaient membres de la catégorie du regroupement familial. En 2006, les personnes âgées comptaient pour près de la moitié des immigrants de la catégorie du regroupement familial au Canada. Lorsqu'un membre âgé d'une famille est parrainé dans le cadre de la catégorie du regroupement familial, le répondant s'engage devant le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration à lui offrir un soutien inconditionnel pendant dix ans. La période d'engagement est plus longue que pour tout autre groupe de la catégorie du regroupement familial. Pendant la période qui suit leur arrivée au Canada et au cours de laquelle ils dépendent de leur répondant, les personnes âgées peuvent ne pas être admissibles à des prestations gouvernementales comme l'allocation, la Sécurité de la vieillesse ou encore le Supplément de revenu garanti, ni à certains services sociaux ou logements subventionnés ou aux subventions pour le logement, ni non plus à d'autres avantages offerts à l'échelle locale comme les laissez-passer d'autobus à tarif réduit.

En outre, il y a beaucoup d'immigrants âgés qui sont toujours défavorisés sur le plan économique même après la fin de la période de parrainage. C'est parce qu'on calcule le critère de résidence de la Sécurité de la vieillesse, quoique Mme Penny Priddy, députée de Surrey North, a souligné le fait que les immigrants qui viennent de l'Asie du Sud, par exemple, sont souvent encore plus défavorisés à cet égard que les immigrants qui viennent de pays comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, avec lesquels le Canada a conclu des ententes

on residency credits, which determine the eventual amount of Old Age Security the person will receive. Ms. Priddy has put forward the argument that that is discriminatory against immigrants from other countries such as South Asia.

Sponsored parents are valuable additions to Canadian society. As a representative of MOSAIC, a large settlement agency in Vancouver, has pointed out in the testimony in another of these hearings:

In every society, the family forms the nucleus for social, physical, psychological and spiritual well-being. A healthy family is both a barometer of and a mechanism to promote the well-being of society.

In practical terms, sponsored parents often provide valuable child care services for young grandchildren. Many also contribute to the family's income through their work on farms and elsewhere. Finally, it is important to recognize the parents' valuable investment in raising productive sons and daughters who work here and thus benefit Canadian society.

Family-power imbalances are affected by sponsorship policies and practices. There are two components of the legal obligation to provide for all of the sponsored seniors' needs that significantly increases their susceptibility to abuse or neglect. The first is the length of time of the sponsorship obligation during which the financial status of the sponsor may decline through no fault of his or her own, and the health status of either the sponsor or the person who is sponsored may also decline. The result may be extreme financial hardship and sometimes emotional or physical abuse or passive or active neglect, and it is often the failure of the senior's health or the sponsor's health that results in sponsorship breakdown.

The second component of the sponsorship-related policies that may increase the potential of abuse is through the intensification of the dependency and resultant power imbalance between family members that the policy has invoked. Dependent on their sponsor in every respect, and now I am referring specifically to my own research, South Asian sponsored seniors seldom have accurate information about their rights. They are often fearful that the sponsorship can be withdrawn, and they do not know where to turn for help if problems do occur. Any public mention of abuse or neglect occurring in the family brings shame on all of the family members, which is something that the elders will prefer to avoid at any cost.

Access to health care is also affected by the seniors' extreme dependency on their sponsors for translation of written information and for rides and interpreting at medical

reciproques en matière de sécurité sociale. Ces accords peuvent avoir un effet positif sur les crédits de résidence, qui déterminent le montant des prestations de la Sécurité de la vieillesse auxquelles une personne a droit. Mme Priddy a avancé l'argument selon lequel cette mesure est discriminatoire à l'égard des immigrants qui viennent d'autres pays, par exemple de l'Asie du Sud.

Les parents parrainés jouent un rôle positif au sein de la société canadienne. Comme une personne représentant l'organisme MOSAIC, organisme de règlement des différends important de Vancouver, l'a souligné dans le témoignage livré à l'occasion d'une autre séance du Comité :

Dans toute société, la famille est le noyau du mieux-être social, physique, psychologique et spirituel. Une famille en santé est à la fois le baromètre du mieux-être de la société et le mécanisme de promotion de ce mieux-être.

Sur le plan pratique, les parents parrainés offrent souvent de précieux services de garde de leurs petits-enfants en bas âge. Ils sont également nombreux à contribuer au revenu familial en travaillant dans des exploitations agricoles et ailleurs. Enfin, il est important de reconnaître l'investissement de valeur que font les parents lorsqu'ils élèvent des filles et des garçons productifs qui vont par la suite travailler ici et contribuer à la société canadienne.

L'équilibre de la relation entre les parents parrainés et leur famille est affecté par les politiques et les pratiques relatives au parrainage. Il y a deux éléments de l'obligation légale de répondre à tous les besoins des personnes âgées parrainées qui les rendent beaucoup plus susceptibles d'être victimes de violence ou de négligence. Le premier, c'est la durée de la période de parrainage, période au cours de laquelle la situation financière du répondant peut devenir difficile sans que ce soit sa faute, et au cours de laquelle l'état de santé du parrain ou de la personne parrainée peut lui aussi se dégrader. Il peut en découler des problèmes financiers très graves et, parfois, des actes de violence affective ou physique ou encore de négligence passive ou volontaire, et c'est souvent les problèmes de santé de la personne âgée ou de son répondant qui engendrent la rupture de l'engagement de parrainage.

Le deuxième élément des politiques liées au parrainage qui peut être à l'origine d'acte de violence, c'est l'augmentation de la dépendance et donc du pouvoir de certains membres de la famille sur d'autres qui est causée par les politiques. Comme ils dépendent de leur répondant à tous égards — et je parle précisément des gens qui font l'objet de mes travaux de recherche, c'est-à-dire les aînés parrainés qui viennent de l'Asie du Sud — il est rare qu'ils possèdent de l'information exacte au sujet de leurs droits. Dans bien des cas, ils ont peur que leur répondant cesse de les parrainer et ils ne savent pas vers qui se tourner lorsqu'un problème survient. Si l'on parle en public de violence ou de négligence au sein de la famille, c'est une source de honte pour tous les membres de la famille, et c'est quelque chose que les aînés essaient d'éviter à tout prix.

L'accès aux soins de santé a également un effet sur l'extrême dépendance des personnes âgées envers leur répondant, à qui ils doivent demander de traduire les documents d'information qu'ils

appointments. The policy also renders sponsored seniors ineligible for many services, such as rehabilitation and long-term care, during their 10-year dependency period.

Declaration of sponsorship breakdown is considered an infraction of the sponsor's legal undertaking. Unless sponsored seniors have income or other relatives willing to support them, they must apply for social assistance, but we have found that this process varies considerably across Canada, and success is by no means guaranteed. The social assistance paid to a sponsored immigrant is classified as an overpayment, which empowers government to place a lien on the debtor's, meaning the sponsor's, house and endows it with special priority rights of debt repayment, including garnishment. Charan Gill has reported that this is breaking down sponsors' families.

In light of these arguments, and there are others, I would like to recommend that the period of time that elderly parents are dependent on their sponsors should be reduced to five years or less, as is the case already for spousal sponsors.

The Chair: Thank you very much.

Eunju Hwang, B.C. Real Estate Foundation Fellow, Simon Fraser University's Gerontology Research Centre, as an individual: Thank you for holding this hearing on this very important aging issue. The Gerontology Research Centre is in Harbour Centre in downtown Vancouver. I have held the position of B.C. Real Estate Foundation Post-doctoral Fellow in Environmental Gerontology for a year and a half. Previous to this, I was a supervisor of a congregate housing services program at St. Paul Public Housing Agency in Minnesota in the United States. I have worked with ethnic minorities over seven years, and I speak both as a housing researcher and as a service and affordable housing provider who has worked directly with and for the older residents of especially government-subsidized housing, here in B.C. as well as in the U.S.

In the interim report, I am pleased to see your consideration of diversity and discussion on different housing issues, at the household level as well as at the neighbourhood level. It is important to create age-friendly communities that are inclusive of all ages and different ethnic groups.

I would like to mention the importance of public education. You emphasize this over and over in your interim report, and I totally agree with that. The reality is that for many ethnic groups, the notion of seniors' housing probably does not exist in the countries they came from. This is especially the case for recent

veulent consulter, de les conduire chez le médecin lorsqu'ils ont un rendez-vous et de jouer le rôle d'interprète à ces rendez-vous. La politique en question a également pour effet que les personnes âgées parrainées n'ont pas accès à de nombreux services, notamment aux services de réadaptation et aux soins de longue durée au cours de cette période de dix ans pendant laquelle ils dépendent de leur répondant.

La déclaration de rupture de l'engagement de parrainage est considérée comme étant une infraction à l'engagement légal pris par le répondant. À moins d'avoir un revenu ou à moins qu'un autre membre de leur famille ne soit prêt à les soutenir, les personnes âgées parrainées doivent demander l'aide sociale, mais nous avons constaté que le processus varie considérablement en fonction des régions du Canada, et l'accès aux prestations n'est en aucun cas garanti. Les prestations d'aide sociale versées à un immigrant parrainé sont considérées comme étant un trop-payé, ce qui permet au gouvernement d'établir un droit de rétention touchant la maison et la pension du débiteur, c'est-à-dire du répondant, droit qui est assorti d'un droit de priorité pour ce qui est du remboursement de la dette, y compris la saisie-arrêt. Charan Gill a signalé le fait qu'il s'agit d'une cause d'éclatement des familles des répondants.

À la lumière de ces arguments — et il y en a d'autres — je souhaite recommander la réduction de la période pendant laquelle les parents âgés dépendent de leur répondant à cinq ans ou moins, comme c'est déjà le cas pour les conjoints parrainés.

La présidente : Merci beaucoup.

Eunju Hwang, boursière de la B.C. Real Estate Foundation, Université Simon Fraser, Gerontology Research Centre, à titre personnel : Merci de tenir une séance sur cette question très importante qu'est le vieillissement. Le Gerontology Research Centre est situé dans le Harbour Centre, au centre-ville de Vancouver. Je suis titulaire d'une bourse de recherche postdoctorale en gérontologie environnementale de la B.C. Real Estate Foundation depuis un an et demi. Auparavant, je supervisais un programme de service d'habitations collectives de la St. Paul Public Housing Agency, dans l'État du Minnesota, aux États-Unis. Je travaille auprès des minorités ethniques depuis sept ans, et mes observations sont celles à la fois d'une chercheuse dans le domaine du logement et d'une fournisseuse de services et de logements abordables ayant travaillé directement auprès de résidents âgés, surtout d'habitations subventionnées par le gouvernement, ici en Colombie-Britannique ainsi qu'aux États-Unis.

Je suis heureuse de voir que, dans votre rapport provisoire, vous tenez compte de la diversité et abordez les différentes questions liées au logement, à l'échelle des ménages ainsi qu'à celle des quartiers. Il est important de créer des collectivités accueillantes pour les personnes âgées et qui intègrent les gens de tous âges et de tous groupes ethniques.

Je veux souligner l'importance de l'éducation de la population. Vous revenez constamment là-dessus dans votre rapport provisoire, et je suis tout à fait d'accord avec ce que vous dites. La réalité, pour bon nombre de groupes ethniques, c'est que l'idée de logements réservés aux personnes âgées n'existe probablement

immigrants, like the Korean and Vietnamese, or the immigrants who came from the Middle Eastern and Asian countries. For these special populations, educating elders about seniors' housing and different programs is very important.

I would like to emphasize the importance of training staff who work with ethnic minority groups. I have worked with several neighbourhood organizations here, and in many cases the staff do not know what different kinds of seniors' housing exist. For the staff and for many ethnic groups, there are just two types of housing: affordable housing, like government-subsidized housing, or something expensive. That is what they know regarding seniors' housing. That is the reality. It was very clear in the interim report why we need to work with diverse ethnic groups, but probably it is time to move on to how we will work with different ethnic groups.

Briefly, that is my perspective on your interim report.

The Chair: Thank you. I know that we will have a very engaged discussion.

Ms. Coates, I would like to begin with the problem you identified of land rich but cash poor. Clearly that is a huge problem here in Vancouver, and it is increasingly becoming a bigger problem in other cities across the country. This is certainly the situation in Toronto and in Vancouver, and Calgary is quickly finding itself in the same boat.

How do we address this? We want to encourage seniors to age in place, yet so much of their wealth is in the family home, and from the literature I have read, reverse mortgages are not quite what they appear to be. Do you have any ideas on how to deal with this?

Ms. Coates: I was interested to see that you did touch on reverse mortgages. We have had people saying the same thing, that reverse mortgages were not going to work for them for a number of reasons. I think the major reason they put forward is that people still believe in an inheritance for their children. The seniors I work with are concerned about that, especially because to buy a house in Vancouver even for a middle-income person is extremely expensive now, so inheritances are one way to do that.

I know a number of seniors here who are actually what I guess you would call land rich. I do not think my president would think I am talking out of turn, but she has been talking to me about the difficulties for her future, and downsizing is one of the major ways she has been coping. She downsizes and downsizes and downsizes in order to be able to continue to age in place without being a

pas dans leur pays d'origine. C'est vrai surtout des immigrants arrivés récemment au Canada, par exemple d'immigrants coréens et vietnamiens, ou encore de gens qui viennent du Moyen-Orient et des pays d'Asie. Pour ces groupes particuliers, il est très important de fournir aux aînés de l'information au sujet des logements et des différents programmes pour les personnes âgées.

Je veux insister sur le fait qu'il est important de former le personnel qui travaille auprès des groupes ethniques minoritaires. J'ai travaillé avec plusieurs organisations de quartier ici, et, dans bien des cas, le personnel de ces organisations ne sait pas quels sont les différents types de logements pour personnes âgées qui existent. Pour le personnel et pour de nombreux groupes ethniques, il n'y a que deux types de logements : les logements abordables, par exemple les logements subventionnés par le gouvernement, et les logements dont le loyer est élevé. C'est tout ce qu'ils savent en ce qui concerne les logements pour les personnes âgées. C'est ainsi. Les raisons pour lesquelles nous devons travailler auprès des divers groupes ethniques étaient très claires dans le rapport provisoire, mais il est probablement temps maintenant de nous pencher sur la façon dont nous allons nous y prendre pour le faire.

C'est en bref ce que je pense de votre rapport intérimaire.

La présidente : Merci. Je sais que le débat qui va suivre va être très engagé.

Madame Coates, j'aimerais commencer par le problème que vous avez soulevé, c'est-à-dire celui des gens qui sont à la fois riches et pauvres parce qu'ils possèdent des biens immobiliers mais n'ont pas de liquidités. Il est clair que c'est un problème énorme ici, à Vancouver, et c'est un problème qui devient de plus en plus important dans d'autres villes du pays. C'est certainement le cas à Toronto et à Vancouver, et Calgary va très bientôt faire partie du lot.

Comment régler ce problème? Nous voulons encourager les aînés à vieillir chez eux, mais le domicile familial est une part très importante de leurs actifs, et d'après ce que j'ai lu, les prêts hypothécaires inversés ne sont pas tout à fait la solution qu'ils semblent être. Avez-vous une idée quant à la façon de régler le problème?

Mme Coates : J'ai trouvé ça intéressant que vous abordiez la question des prêts hypothécaires inversés. Des gens nous ont dit la même chose, c'est-à-dire que ce genre de prêt n'allait pas faire l'affaire pour eux, pour toutes sortes de raisons. Je pense que la principale raison, d'après ce qu'ils ont dit, c'est que les gens croient encore qu'il est important de léguer quelque chose à ses enfants. Les personnes âgées avec qui je travaille sont préoccupées par ça, surtout parce que les maisons sont extrêmement chères à Vancouver aujourd'hui, même pour une personne qui touche un revenu moyen, ce qui fait que les héritages sont l'une des solutions.

Je connais beaucoup d'aînés ici qui sont, comme vous dites, riches en biens immobiliers. Je ne pense pas que la présidente de mon organisation penserait que je parle de choses dont je ne devrais pas parler, mais elle m'a parlé des problèmes qui touchent son avenir, et l'une des principales façons dont elle s'en est tirée, c'est en réduisant son niveau de vie. Elle fait réduction sur

burden on her family, because she is an incredibly fiercely independent person and because she does not want to be dependent. Downsizing is one way to do it, although in Vancouver it is extremely difficult even to do that now.

I think it is worth researching this topic. There is a lot of anecdotal information out there, but I do not think there has been much research, and I think that would be useful.

Ms. Hwang: My background is more on the planning side, so from my perspective, probably a flexible joining, a mixed land-use policy would be helpful. Of course, it helps if there are any direct income subsidies. I like the notion of a new urbanism village type of development, with planning regulations, non-profit organizations, commercial shops all together, that kind of thing. Then if there are residential units all together, probably in one building or in a very close area, that helps. That is one thing on my mind.

Dr. Koehn: This is interesting from the point of view of, for example, Punjabi immigrant seniors, especially people who come sponsored. The literature and the statistics say that sponsored seniors are least likely to be in below-level housing and are most likely to own their own home, of all types of immigrant seniors. This is an interesting phenomenon, because it does not mean that those seniors have any power whatsoever. They often come from countries where they are not allowed to take money out of the country, like India. That has loosened up a little in recent years, but still they come with very little. Of course, they are not eligible for any kind of income or any kind of assistance unless they work, and they work on farms and so on out of desperation.

They do live with their families, that is true, and their families do own their own homes. However those sponsored seniors do not have any power within their families; they do not have any income to do what they want, and they certainly do not want to ask for anything because they already feel terribly indebted because they have been sponsored. That is just a word of caution about statistics that make things look better than they are.

That said, I was at the Canadian Sociological Association yesterday, and Professor Monica Boyd and her student presented findings that for many immigrant communities, co-residence with the family does in fact protect seniors from being as poor as they would be if they were not residing with their families, and this is especially true of Filipino and South Asian seniors. There is a protective element to that.

To come back to the issue of sponsorship, which people have been talking to me about for years and years and which on account of that has become very central to me, if senior

réduction pour pouvoir continuer de vieillir là où elle vit sans être un fardeau pour sa famille, parce qu'elle est extrêmement indépendante et parce qu'elle ne veut dépendre de personne. Réduire son niveau de vie est l'une des solutions, quoique même ça, c'est extrêmement difficile à Vancouver aujourd'hui.

Je pense qu'il faudrait faire des études là-dessus. Il y a beaucoup d'informations anecdotiques, mais je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'études, et c'est quelque chose qui, à mon avis pourrait être utile.

Mme Hwang : Je connais davantage le volet aménagement de la question, ce qui fait que, selon mon point de vue, ce qui aiderait, ce serait probablement un assemblage souple, une politique d'utilisation mixte du territoire. Bien sûr, ça aide s'il y a une quelconque forme de subventions directes du revenu. J'aime l'idée d'un nouveau type d'aménagement urbain qui prend la forme d'un village, avec des règlements d'aménagement, des organisations sans but lucratif et des boutiques, tout ensemble, ce genre de choses. Ensuite, s'il y a des unités résidentielles regroupées, probablement dans un seul édifice ou dans un secteur très rapproché, ça aide. C'est l'une des choses auxquelles je pense.

Dre Koehn : Voilà qui est intéressant, du point de vue, par exemple, des immigrants panjabis âgés, surtout ceux qui sont parrainés. Selon la documentation et les statistiques, les personnes âgées qui sont parrainées sont moins nombreuses que les autres à vivre dans des logements inférieurs aux normes et plus nombreuses à posséder leur propre maison, par rapport aux immigrants âgés de toutes les autres catégories. C'est un phénomène intéressant, parce que ça ne veut pas dire qu'ils aient un quelconque pouvoir. Dans bien des cas, ils viennent de pays qui ne permettent pas aux personnes qui immigreront d'emporter de l'argent avec eux, par exemple, l'Inde. C'est une règle qui s'est assouplie un peu au cours des dernières années, mais les immigrants n'emportent encore aujourd'hui que très peu d'argent. Évidemment, ils ne touchent aucune espèce de revenu ni n'ont droit à une quelconque aide à moins de travailler, et ils font du travail agricole ou quelque chose du genre par désespoir.

C'est vrai qu'ils vivent ensemble, en famille, et que les familles possèdent leur propre maison. Cependant, les aînés parrainés n'ont aucun pouvoir au sein de leur famille; ils n'ont aucun revenu qui leur permette de faire ce qu'ils aimeraient faire, et ils ne veulent certainement rien demander, parce qu'ils se sentent déjà extrêmement redevables d'avoir été parrainés. C'est simplement pour vous mettre en garde, parce que les statistiques donnent à croire que la situation est plus positive qu'elle ne l'est en réalité.

Cela dit, j'ai assisté à une séance de la Société canadienne de sociologie hier, et Mme Monica Boyd et ses étudiants ont présenté des résultats d'étude, et, selon eux, pour de nombreuses communautés d'immigrants, le fait de vivre avec leur famille a pour effet que les aînés ne sont pas aussi pauvres qu'ils ne le seraient s'ils vivaient ailleurs, et c'est surtout vrai dans le cas des aînés originaires des Philippines et de l'Asie du Sud. Il y a un élément de protection là-dedans.

Pour en revenir à la question du parrainage, dont on me parle depuis des années et qui, de ce fait, est devenue très importante pour moi, si les immigrants âgés disposaient ne serait-ce que d'un

immigrants had even a small amount of income so that they did not have to destroy their health by working on farms, it would make a huge difference to the dependency that they face and to their ability to participate more fully in society.

The Chair: Dr. Koehn, while you are on that topic, I have read a certain amount, and I am sure my colleagues have as well, but can you just tell us what it is like for some of these seniors who were working on farms in the Lower Mainland?

Dr. Koehn: I think the best person to speak to that is Charan Gill, who has worked with farm workers for many years. I have heard from many people about the conditions. First of all, when they arrive, the seniors have not done that kind of work where they come from. We assume that because they are from rural areas they have worked on farms, but you can immigrate to Canada only if you have a fairly high position in your own country to have the resources to be able to emigrate. The seniors who come here were supervisors on their own farms, not workers. This is a huge status demotion for them.

Nevertheless, they put their shoulder to the wheel because they do not want to ask, and they go to the farms. There is some sense of community there, and they emphasize that for their own mental health. However, it is extremely gruelling work. The hours are long. They work in the rain, in muddy fields, under very poor conditions. They are shoved into the back of trucks and trucked out there in the cold. Usually they come out of it with greatly exacerbated arthritis and joint problems and all kinds of problems.

Last year I found out about an interesting phenomenon: seniors in Prince George do not have employment opportunities available to them there, so they come down to the Lower Mainland for the strawberry picking season and the blueberry picking season and so on, and they stay in huts provided by the farmers. Somebody at a symposium I put on last year had toured those huts, and she said the conditions were absolutely atrocious. All the people had to sit on were upturned buckets, and there were many seniors in these huts. The rain was dripping inside, and the huts were completely unsanitary.

Charan Gill fought for inspection teams that now go around to try to ensure that health standards and safety standards are upheld, but it is very hard to get them onto the farms. We would like to do research in that area. My hope is that we could get in with those teams, but it is very hard work to do in light of the protectionist attitude around the conditions.

petit revenu, simplement pour ne pas être forcés de se ruiner la santé à faire du travail agricole, cela aurait une incidence énorme sur leur dépendance envers leur répondant et leur capacité de participer pleinement à la société.

La présidente : Docteure Koehn, puisque vous parlez de ça, j'ai lu pas mal de choses là-dessus, et je suis sûre que c'est le cas de mes collègues aussi, mais pouvez-vous nous parler de la situation de ces aînés qui travaillent dans des exploitations agricoles du Lower Mainland?

Dre Koehn : Je pense que la personne la mieux placée pour vous en parler, c'est Charan Gill, qui travaille depuis de nombreuses années auprès des travailleurs agricoles. Beaucoup de gens m'ont parlé des conditions de travail dans ces endroits. D'abord, ces personnes âgées qui arrivent ici n'ont jamais fait ce genre de travail dans leur pays d'origine. Nous présumons que, parce qu'ils viennent de régions rurales, ils ont déjà travaillé dans des exploitations agricoles, mais pour immigrer au Canada, il faut avoir suffisamment de ressources, ce qui suppose le fait d'avoir occupé un poste assez important dans son pays d'origine. Les aînés qui s'installent ici étaient les superviseurs de leurs propres entreprises, et non des ouvriers. C'est une rétrogradation importante pour eux.

Néanmoins, ils mettent la main à la pâte parce qu'ils ne veulent rien demander, et ils vont travailler à la ferme. C'est quelque chose qui permet un certain sentiment d'appartenance, et c'est important pour leur santé mentale. Cependant, c'est du travail extrêmement pénible. Les heures de travail sont longues. Ils travaillent sous la pluie, dans des champs boueux, dans des conditions médiocres. On les entasse dans des camions et on les amène travailler dans le froid. Ce qui se passe le plus souvent, c'est que ça aggrave leur arthrite et leurs problèmes articulaires, entre autres.

L'an dernier, j'ai pris connaissance d'un phénomène intéressant : il n'y a pas de possibilités d'emploi pour les aînés à Prince George, alors ils viennent dans le Lower Mainland pour la saison de cueillette des fraises, des bleuets, et ainsi de suite, et ils vivent dans des huttes que les agriculteurs mettent à leur disposition. Une personne qui a participé à un symposium que j'ai organisé l'an dernier a fait le tour de ces huttes, et elle a témoigné du fait que les conditions de vie sont absolument atroces. Tout ce qu'il y a pour s'asseoir, ce sont des seaux renversés, et les gens vivent à plusieurs par huttes. La pluie y pénètre, et les huttes sont tout à fait insalubres.

Charan Gill a lutté pour la création d'équipes d'inspection, qui font maintenant des tournées en vue de s'assurer que les normes en matière de santé et de sécurité sont respectées, mais il est très difficile de faire en sorte que les équipes puissent se rendre dans les exploitations agricoles. Nous aimerions faire des recherches dans ce domaine. Ce que j'aimerais, c'est que nous puissions nous rendre dans ces endroits avec les équipes en question, mais c'est très difficile à faire, vu l'attitude protectionniste en ce qui a trait aux conditions qui y règnent.

The Chair: You said that we should take the dependency period for sponsored immigrants from 10 years to 5 years. Can sponsored immigrants not apply for Canadian citizenship after 5 years?

Dr. Koehn: Regardless of that, it is still a 10-year dependency period. There is no getting around the dependency, as I understand.

The Chair: That is very interesting. In other words, they are Canadian citizens or are potentially Canadian citizens because they have fulfilled the residency requirement, but they are dependent Canadians.

Dr. Koehn: Yes, the dependency period is 10 years.

The Chair: I did not realize that.

Dr. Koehn: That is a long time, especially for a senior. They can arrive in their sixties or late sixties and be just fine, but by their late seventies, as we know, health can go downhill, especially if they have been working on farms.

Senator Cordy: If they do become Canadian citizens and are still dependent, they are not entitled to that?

Dr. Koehn: I have not heard of anybody getting around it that way; let me put it that way. You could ask Charmaine Spencer this afternoon as well. We wrote the paper together. I provided the ethnographic date, as did Dr. Hwang. Ms. Spencer is our legal expert.

Senator Mercer: How many people are we talking about? Do you have an estimate?

Dr. Koehn: In terms of sponsored seniors, last night I took out my numbers. I can tell you where exactly to find that number. That is the best I can do, because I do not have a head for retaining numbers. In the Multiculturalism and Immigration Branch report and in the Department of Citizenship and Immigration report that I reference, citations 2 and 3 are where the information about the numbers exists.

Senator Mercer: Thank you. I will go over it.

Dr. Koehn: In British Columbia, which is what I know best, for the last 30 years, the Indo-Canadian population or seniors from India had the highest proportion of sponsored seniors, which is why I focus on that population. However, we are seeing now that seniors from China are also becoming very significant as sponsored immigrants, and that is quite a different group than the seniors we have previously seen coming from Hong Kong and Taiwan; these are not Cantonese speakers but Mandarin speakers. I have only a glimpse into what the situation is like for them, but my understanding is that often the younger family members come over because they see possibilities here for employment, and they are fairly highly educated. They bring the seniors over to be with the family, and then they may have young children, but they find that they are underemployed here, that they cannot find work commensurate with their experience.

La présidente : Vous disiez tout à l'heure que nous devrions faire passer la période de dépendance des immigrants parrainés de dix à cinq ans. Les immigrants parrainés ne peuvent-ils pas demander la citoyenneté canadienne après cinq ans?

Dr. Koehn : Oui, mais la période de dépendance dure quand même dix ans. On n'y échappe pas, d'après ce que je sais.

La présidente : Ce que vous dites est très intéressant. Autrement dit, ce sont des citoyens canadiens ou des gens qui peuvent devenir citoyens canadiens, puisqu'ils sont satisfaits aux exigences de résidence, mais ce sont des Canadiens qui demeurent dépendants.

Dr. Koehn : Oui, la période de dépendance dure dix ans.

La présidente : Je ne le savais pas.

Dr. Koehn : C'est long, surtout pour les personnes âgées. Elles peuvent arriver dans la soixantaine ou vers la fin de la soixantaine et très bien se porter, mais passé 75 ans, comme nous pouvons l'imaginer, la santé peut décliner, surtout celle des gens qui travaillent dans des exploitations agricoles.

Le sénateur Cordy : S'ils deviennent citoyens canadiens et demeurent dépendants, ils n'auront pas droit à ça?

Dr. Koehn : Permettez-moi de répondre ainsi : je n'ai jamais entendu parler de quelqu'un qui y aurait échappé de cette façon. Vous pourrez poser la question à Charmaine Spencer cet après-midi. Nous avons rédigé l'article ensemble. J'ai fourni les données ethnographiques, avec Mme Hwang. Mme Spencer est notre spécialiste du domaine juridique.

Le sénateur Mercer : De combien de gens s'agit-il? Avez-vous un chiffre approximatif?

La Dre Koehn : Pour ce qui est des aînés parrainés, j'ai ressorti mes chiffres hier soir. Je peux vous dire où trouver ce chiffre exactement. C'est ce que je peux faire de mieux, parce que je n'arrive jamais à retenir des chiffres par cœur. Dans le rapport de la direction générale du multiculturalisme et de l'immigration et dans le rapport du ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration auxquels je renvoie, c'est dans les citations 2 et 3 que se trouvent les chiffres en question.

Le sénateur Mercer : Merci. Je vais vérifier ça.

Dr. Koehn : En Colombie-Britannique — c'est ce que je connais le mieux — pendant les 30 dernières années, c'est la population indo-canadienne, les aînés originaires de l'Inde, qui comptait la plus forte proportion d'aînés parrainés, et c'est la raison pour laquelle je travaille sur cette population. Cependant, nous nous apercevons maintenant qu'il y a de plus en plus d'immigrants aînés et parrainés qui viennent de Chine, et il s'agit d'un groupe très différent de celui des aînés que nous voyions auparavant arriver de Hong Kong et de Taïwan, puisque ces gens parlent non pas cantonais, mais plutôt mandarin. Je n'ai qu'une vague idée de leur situation, mais d'après ce que sais, il arrive souvent que les jeunes membres de la famille sont attirés ici par les possibilités d'emploi, et ils ont un assez bon degré de scolarité. Ils emmènent les membres âgés de la famille avec eux, et, dans certains cas, ils ont de jeunes enfants, mais ils sont sous-employés

They go back to China for work and they send money, leaving the young children in the care of the grandparents here. The grandparents speak Mandarin only and do not have ready access to resources. They are quite isolated.

This is a brand new phenomenon. It has not been researched. I have this information from people at S.U.C.C.E.S.S., who are starting to see this phenomenon more and more. I would really like to look into this.

Ms. Hwang: This afternoon, Alice Choi will probably talk more about that. I will make one quick comment about income subsidies and using the existing programs. Many immigrant seniors fall into a marginal income level where they could claim they need some subsidy, but many people who are in the marginal group do not claim that. Education is very important for that group especially.

Senator Mercer: Ms. Coates, you talked about the lesbian, gay, bisexual and transgendered population, of which Vancouver has a large population. We have heard before that some people are going back in the closet as they age and find themselves without a partner, because they are worried as they move into "normal seniors' situations" about all of the prejudices they might face. Many years ago they fought for and achieved equality, and they are worried about all of those prejudices coming back. Have you observed that? That is the first part of my question.

The second part of my question is whether the British Columbia community, particularly Vancouver, has come up with any solutions. Are there any facilities specifically targeted at this group of seniors?

Ms. Coates: To answer your first question, yes, we have noticed that. We hear that because 411 has consciously tried to provide a place for seniors from the LGTB community to come, be welcome and voice their issues and concerns. We have a fair number of venues for them to do that. Recently QuIRK-E, the Queer Imaging & Riting Kollektive for Elders, came and talked about the issues, particularly this time about transgendered issues.

We did not really do research and analysis. Most of what we do here is listen to seniors tell us their stories, and in their stories we hear quite a bit that whereas laws are starting to change and seniors are starting to be able to marry and so on, they are still finding that at their end of life they are being subjected to the same prejudices, biases and discrimination they had to combat all their lives.

Even getting seniors to come to 411, which is considered to be a mainstream organization, is difficult. We built carefully the programs and services for that group so that they can feel comfortable here, but it has been very hard work and an uphill

et n'arrivent pas à trouver de poste correspondant à leur expérience. Ils retournent donc travailler en Chine, et ils envoient de l'argent ici, au Canada, où ils ont laissé derrière eux leurs jeunes enfants et leurs parents, qui s'en occupent. Les grands-parents ne parlent que mandarin, et il est difficile pour eux d'accéder aux ressources. Ils sont très isolés.

C'est un phénomène tout à fait nouveau. Personne n'a fait d'études là-dessus. Je tiens cette information des gens de S.U.C.C.E.S.S., qui voient de plus en plus souvent le phénomène se produire. J'aimerais beaucoup examiner ça.

Mme Hwang : Alice Choi va probablement en parler cet après-midi. Je vais formuler une petite observation au sujet du revenu subventionné et du recours aux programmes existants. Bon nombre d'immigrants âgés ont un revenu faible et pourraient demander de l'aide, mais ils sont nombreux à ne pas le faire. Il est très important d'informer les gens, et surtout ceux qui font partie de ce groupe.

Le sénateur Mercer : Madame Coates, vous avez parlé de la population des lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres, qui est importante à Vancouver. Nous avons entendu dire qu'il y a des gens qui rentrent dans le placard lorsqu'ils vieillissent et qui se retrouvent sans partenaire, parce qu'ils sont préoccupés par les préjugés auxquels ils pourraient être confrontés dans les « situations normales pour les personnes âgées ». Dans le temps, ils se sont battus pour obtenir l'égalité et ils l'ont obtenue, et maintenant, ils ont peur de voir tous les préjugés ressurgir. Est-ce un phénomène que vous avez observé? C'est la première partie de ma question.

La seconde partie, c'est de savoir si cette communauté a trouvé des solutions en Colombie-Britannique, et surtout à Vancouver. Y a-t-il des services offerts à ce groupe d'ânés particuliers?

Mme Coates : Pour répondre à votre première question, oui, c'est quelque chose que nous avons remarqué. Nous en avons entendu parler, parce que, au 411 Seniors Centre, nous avons fait un effort conscient pour offrir aux ânés de la communauté LGTB un endroit accueillant où ils peuvent parler de leurs problèmes et de leurs préoccupations. Nous leur offrons pas mal de possibilités à cet égard. Récemment, des représentants de QuIRK-E, Queer Imaging & Riting Kollektive for Elders, sont venus parler de ces questions, plus précisément des questions touchant l'identité transgenre.

Nous n'avons pas vraiment fait d'études ni d'analyses. Ce que nous faisons surtout, ici, c'est écouter les ânés nous raconter leur histoire, et ils nous expliquent souvent que, si les lois commencent à changer et qu'ils peuvent se marier et ainsi de suite, ils se battent encore à la fin de leur vie et font face aux mêmes préjugés et partis pris, ainsi qu'à la même discrimination que ceux qui ont fait l'objet de leur combat toute leur vie.

Il est difficile, même, de faire en sorte que les ânés viennent au 411 Seniors Centre, qui est considéré comme étant une organisation du courant dominant. Nous avons soigneusement élaboré les programmes et les services que nous offrons aux

climb, and we have actually lost part of our own membership base because of the prejudices and biases. However, this is part of our community here.

A real estate guy in Vancouver is trying to put together a long-term care facility for seniors in the community at The Centre, which is not the centre of the universe but the LGTB centre. They have been looking at providing long-term care facilities, assisted housing and those kinds of things, particularly for that group of people, while at the same time noting that, again, we could be ghettoizing, and that is a real issue I have heard come up. At the same time we are trying to bring seniors into a mainstream organization to deal with that, they are trying to build their own centres.

Senator Mercer: You also mentioned that in the past you have worked with Status of Women of Canada, and we have complained about the cuts to Status of Women. Have the cuts to Status of Women Canada affected your work in the centre?

Ms. Coates: I think so. The Status of Women project that we had for the last four years, which supported WE*ACT, Women Elders in Action, was more about working in the community to eliminate discrimination. Now Status of Women is asking us, in order to be funded again, to have a very time-limited and focused project, which eliminates to some extent the possibilities for doing the more grassroots elimination of discrimination. Fortunately, the United Way of the Lower Mainland took up the challenge and they are now supporting that piece, so we have complimentary pieces. However, in my mind, combatting the discrimination is probably the biggest issue, although the piece we are doing right now is quite valuable, which is looking at women elders' voices and what they can offer from their own experience.

Senator Mercer: Dr. Koehn, I am interested in the discussion of abuse among sponsored seniors. I know that it varies from community to community, but to identify abuse must be extremely difficult because it is not abuse that you see, being mainly in the home; it could be financial abuse or it could be physical abuse. In your research, how are you identifying abuse? How are you digging that information out?

Dr. Koehn: You are right, it is extremely hard to identify. The work I do is qualitative and based on relationships with people over many years; I speak primarily about the work I have done with the Punjabi community because I have the longest relationship with that community. I have been going back to some of the same people for 18 years, and while they are quite

membres de ce groupe pour qu'ils soient à l'aise chez nous, mais ça a été un travail très difficile, et nous avons en fait perdu une partie de nos membres, à cause des préjugés et des partis pris. Cependant, ce groupe fait partie de notre collectivité.

Un homme du milieu de l'immobilier de Vancouver tente de mettre sur pied un service de soins de longue durée pour les aînés qui font partie de cette communauté au centre qui s'appelle The Centre, et qui est non pas le centre de l'univers, mais bien le centre pour la communauté LGTB. Les gens du centre envisagent depuis un certain temps d'offrir des soins de longue durée, de logements supervisés et autre chose du genre, à ce groupe de gens surtout, mais ils font remarquer en même temps que, encore une fois, ce serait ghettoïser ces gens, et c'est le problème le plus important dont j'ai entendu parler. Nous essayons d'attirer les aînés vers une organisation du courant dominant pour répondre à leurs besoins, mais en même temps, ils essaient de bâtir leurs propres centres.

Le sénateur Mercer : Vous avez également mentionné que vous avez déjà travaillé avec Condition féminine Canada, et nous nous sommes plaints au sujet des compressions qui ont touché cette organisation. Ces compressions ont-elles eu un effet sur le travail que vous faites au centre?

Mme Coates : Je pense que oui. Le projet de Condition féminine Canada qui était en cours chez nous, pendant les quatre dernières années et qui soutenait WE*ACT, Women Elders in Action, était davantage axé sur le travail communautaire visant à éliminer la discrimination. Condition féminine Canada nous demande maintenant, si nous voulons de nouveau recevoir du financement, de faire des projets très courts et très précis, ce qui empêche dans une certaine mesure de travailler à l'élimination de la discrimination à l'échelle communautaire. Heureusement, Centraide du Lower Mainland a repris le flambeau, et c'est maintenant cette organisation qui offre du soutien dans ce domaine, ce qui fait que nous avons des initiatives complémentaires. À mon sens, cependant, la lutte contre la discrimination est probablement la chose la plus importante, quoique l'initiative en cours à l'heure actuelle, qui vise à permettre aux femmes âgées de s'exprimer et à découvrir comment elles peuvent mettre leur expérience à profit, est une initiative d'une grande valeur.

Le sénateur Mercer : Docteure Koehn, je m'intéresse à la question de la violence chez les personnes âgées parrainées. Je sais que ça varie d'une communauté à l'autre, mais ça doit être extrêmement difficile de détecter la violence, parce qu'on ne peut pas la voir, vu que c'est surtout à la maison que ça se passe; il peut s'agir de violence physique ou encore d'exploitation financière. Dans le cadre de vos travaux de recherche, comment faites-vous pour détecter les cas de violence? Comment faites-vous pour trouver l'information?

Dre Koehn : Vous avez raison, c'est extrêmement difficile à détecter. Le travail que je fais est de nature qualitative, et il est fondé sur les relations que j'entretiens avec les gens depuis de nombreuses années; je parle surtout du travail que j'ai fait auprès de la communauté panjabie, parce que ce sont les membres de cette communauté que je connais depuis le plus longtemps. Il y a

reserved in different contexts, in a room with me they will just let rip at this point, which is great. It is a matter of building trust over a long period of time.

We talked about this in the conference yesterday. A limitation of using telephone interviewing or any kind of quantitative tool is that often people report positively. They will tell you what you want to hear, particularly in this community. However, over time we have heard stories from families and stories from seniors, always about people they know, never about them.

Senator Mercer: Of course; a friend of mine.

Dr. Koehn: Yes, but I see this as valid information. We see a lot of neglect; people are left really without any kind of support or income. It is a tricky situation there though, because some family members have said that they have tried to leave money around the house for the seniors to spend, but they are too proud and will not take it. There is a fine line there.

Relationships play a big role, particularly but not only with South Asians. For example, in India, you have a daughter-in-law coming to the household at a fairly young age, and the mother-in-law is fairly dominant. It is in her best interests to be dominant because she knows that as that daughter-in-law gets older and more confident in the household and has children, especially sons, the mother-in-law will lose her power in the family, and more and more the daughter-in-law will have the ability to go out of the house and do many of the things that the mother-in-law does. This is especially true now, because in India young women are also working more.

When an elderly woman comes here, often her son will have preceded her here to marry a young woman who was born and raised here, or at least raised here. That woman wants to go to university and to have a career like the rest of us. There is nothing terrible about her, but she is acculturated differently and will not accept that subordinate position, and so the potential for conflict is enormous. Sometimes you see an accommodation of that, but it is very difficult.

Conflict arises. For instance, the younger woman does not want to abide by dietary restrictions and will cook meat in pans that the elder then does not want to eat from, and the elder will starve herself and end up in emergency or dizzy because she is not eating because she cannot eat from any of these pans. It can be worse than that, too. Elders can be left in a basement with a bowl of rice; people can be told, and I have heard this many times, "Do not go in the fridge; do not cook your food here, because it is stinky. We do not want that kind of food." There is a lot of emotional abuse.

certaines personnes que je retourne voir depuis 18 ans, et, si elles sont assez réservées dans certains contextes, lorsqu'elles se trouvent dans la même pièce que moi, elles laissent tout sortir, ce qui est très bien. C'est une question de confiance, c'est un lien qu'on finit par nouer avec le temps.

Nous en avons parlé pendant la conférence d'hier. L'une des limites des entrevues téléphoniques et de tout genre d'outils d'évaluation quantitative, c'est que, bien souvent, les gens donnent des réponses positives. Ils vous disent ce que vous voulez entendre, surtout dans cette communauté. Au fil du temps, cependant, nous avons entendu des histoires de famille et des histoires de personnes âgées, et c'est toujours l'histoire de quelqu'un qu'on connaît, jamais la sienne.

Le sénateur Mercer : C'est sûr; un ami à moi.

Dre Koehn : Oui, mais je vois ça comme de l'information valable. Nous voyons beaucoup de cas de négligence; on laisse les gens à eux-mêmes, sans leur offrir un quelconque soutien et sans leur permettre de toucher un revenu. C'est une situation complexe, dans ce cas-là, cependant, parce que les membres de certaines familles nous ont dit qu'ils ont essayé de laisser de l'argent à la maison pour leurs parents, mais que les aînés sont trop fiers pour accepter de le prendre. C'est une situation délicate.

Les liens de parenté jouent un rôle important, surtout chez les gens qui viennent d'Asie du Sud, mais dans d'autres communautés aussi. En Inde, par exemple, une femme s'installe avec la famille de son conjoint assez jeune, et la belle-mère est assez dominante. C'est dans son intérêt, parce qu'elle sait que, lorsque sa belle-fille vieillira, gagnera en confiance et qu'elle aura des enfants, surtout si elle a des garçons, la belle-mère va perdre une partie de son pouvoir sur sa famille, et la belle-fille pourra de plus en plus sortir et faire bon nombre des choses que la belle-mère peut faire. C'est encore plus vrai qu'avant, parce que les jeunes femmes travaillent davantage en Inde.

Dans bien des cas, lorsqu'une femme âgée s'installe ici, son fils l'a précédée et s'est marié avec une jeune femme née ici et ayant grandi ici, ou ayant grandi ici à tout le moins. La jeune femme veut aller à l'université et faire carrière, comme nous tous. Son cas n'a rien de bien terrible, mais son degré d'assimilation est différent de celui de sa belle-mère, et elle n'est pas prête à se soumettre à la volonté de celle-ci, ce qui fait qu'il peut y avoir de graves conflits entre les deux. Dans certains cas, on trouve un compromis, mais c'est très difficile.

Il y a des conflits. La jeune femme, par exemple, peut ne pas se plier aux restrictions alimentaires et elle peut décider de faire cuire de la viande dans telle ou telle poêle, et la femme âgée ne mangera pas ce qui a cuit dans cette poêle, elle jeûnera et finira à l'urgence ou en état d'inanition parce qu'elle ne peut pas manger, puisqu'elle ne peut rien manger qui a cuit dans cette poêle. Ça peut être encore pire que ça aussi. Dans certains cas, une personne âgée peut se retrouver dans le sous-sol avec un bol de riz; il y a des gens à qui on dit — et je l'ai entendu souvent — : « Ne fouille pas dans le frigo; ne prépare pas ta nourriture ici, parce que ça pue. Nous ne voulons pas de ce genre de nourriture ici. » Il y a beaucoup de violence affective.

In terms of financial abuse, I have heard an elderly couple will work for a family firm. Their work and income is not reported, so when they are finally past their 10-year sponsorship period, they have not accumulated any CPP. It has been written off in a different way in the company, so it may not necessarily be direct. Or the family firm may take the pension too when the elders get it, because the elders are still indebted to the family.

However, a lot of abuse is more subtle than that, and it results from dependency on the sponsor and the fact that everybody is working really long hours. The elderly lack freedom, probably because they just want a little bit of income. They do not need a lot, just need a little to give them that freedom.

Senator Mercer: Your comments about senior immigrants working on the farms are convincing, because we do talk about the need for people to remain active as well, and how important this is for seniors. We come into a bit of a conflict where we are not talking about people who are working, but we are talking about people who are working too hard.

Dr. Koehn: Well, it is the conditions and the regulations, I think.

Senator Mercer: Are we talking about issues around standards?

Dr. Koehn: Yes, and I think also alternatives, because these people do want to work. They want to work very much. It makes them feel good about themselves, definitely.

When I was naive and doing my master's degree a long time ago, I had what I thought then was a great idea for these immigrant women. Many people said they had a problem with home care because home care providers did not speak the language and were not doing the sort of work they needed, like helping around the house and providing medical care; you have heard all of that. I thought, would it not be great if some of the more able-bodied seniors could be home support providers for other seniors with whom they have something in common; they could chat, and you would solve two problems at once. I went back to these women and suggested that. They responded, "I had servants in India; I will not be somebody else's servant." It is a tricky situation. It is a very sensitive issue, so it needs culturally sensitive solutions.

Senator Mercer: I think all of our programs need to be culturally sensitive, particularly when we are talking about immigrants, because it varies from community to community.

Pour ce qui est de l'exploitation financière, j'ai entendu parler de couples de personnes âgées qui travaillent au sein de l'entreprise familiale. Leur travail et leur revenu ne sont pas déclarés, ce qui fait que, lorsqu'ils arrivent enfin au bout des dix années de parrainage, ils n'ont accumulé aucune cotisation au RPC. Leur salaire a été passé dans un autre poste budgétaire, ce qui fait qu'il n'est pas nécessairement compté directement comme un salaire. Ou encore, dans d'autres cas, l'entreprise familiale peut récupérer la pension des aînés lorsqu'ils l'obtiennent, parce que ceux-ci ont encore des dettes envers la famille.

Cependant, l'exploitation est en grande partie plus subtile que ça, et elle découle du fait que les aînés dépendent de leur parrain et du fait que tout le monde travaille vraiment beaucoup. Les aînés manquent de liberté, probablement parce qu'ils ne veulent avoir qu'un petit revenu. Ils n'ont pas besoin de grand-chose, juste un peu d'argent pour avoir cette liberté.

Le sénateur Mercer : Vos observations concernant les immigrants âgés qui travaillent dans des exploitations agricoles sont convaincantes, parce que nous parlons du besoin qu'ont les gens de demeurer actifs également, et de l'importance de cela pour les personnes âgées. Il y a un petit problème à cet égard, parce que nous parlons non pas de gens qui travaillent, mais bien des gens qui travaillent trop dur.

Dre Koehn : Eh bien, je pense que c'est à cause des conditions de travail et de la réglementation.

Le sénateur Mercer : S'agit-il des problèmes touchant les normes?

Dre Koehn : Oui, et aussi, je pense, de solutions de rechange, parce que les gens dont nous parlons veulent travailler. C'est vraiment leur désir. C'est quelque chose de valorisant pour eux, sans contredit.

Lorsque j'étais naïve, à l'époque où je faisais ma maîtrise, il y a longtemps, j'avais eu une idée que je trouvais excellente alors pour aider ces immigrantes. Beaucoup de gens se plaignaient de problèmes concernant les soins à domicile, problèmes qui venaient du fait que les fournisseurs de soins ne parlaient pas leur langue et ne faisaient pas le genre de travail dont ils avaient besoin, comme du travail ménager et le fait de fournir des soins médicaux; vous avez déjà entendu tout ça. Je me suis dit que ce serait parfait si certaines personnes âgées en forme pouvaient offrir du soutien à domicile à d'autres personnes âgées, c'est-à-dire à des gens avec qui elles avaient des choses en commun; on pourrait discuter, et ça permettrait de faire d'une pierre deux coups. Je suis allée voir ces femmes et je leur ai proposé cela. Elles m'ont répondu : « J'avais des serviteurs en Inde; je ne vais pas devenir la servante de quelqu'un d'autre. » C'est une situation complexe. C'est un problème très délicat, qui exige des solutions qui tiennent compte des différences culturelles.

Le sénateur Mercer : Je pense que tous nos programmes doivent tenir compte des différences culturelles, surtout lorsqu'il s'agit de programmes pour les immigrants, parce que les choses varient d'une communauté à l'autre.

Dr. Hwang, you talked about people from the Korean and Vietnamese communities having no history of seniors' housing, and that is true of many other South Asian communities as well, I think. There are some examples of immigrant communities providing seniors' housing on their own; there are a couple of Chinese seniors' residences in Toronto that are specifically designed and built around the community. When they first started it was difficult because, again, there was no culture of this happening. Is that happening in British Columbia, particularly with the dominant immigrant communities?

Ms. Hwang: There is a mainly Chinese service group, S.U.C.C.E.S.S., that developed at least two assisted-living homes for the Chinese community. They have to be very creative to come up with their ideas. BC Housing and the local health authority partner with this non-profit organization, and I believe there is a big donor putting in a few million dollars to start with. It was quite challenging for them to start.

Mr. Gill will talk about this probably in the afternoon, but the Southeast Asian community developed seniors' housing, too. Although they encourage their seniors in their own communities to apply for this seniors' housing, there is none there. This so-called ethnic seniors' housing is not for their own ethnic group but is open to any seniors to apply for. The main ideas behind developing this ethnic seniors' housing are having their own ethnic food provided at the housing and also having services provided by bilingual staff. Those are the two key things they provide.

I do not have much experience in Canada, but in the U.S. I worked with several neighbourhood organizations to develop seniors' housing. Just to talk to these community leaders or non-profit organizations took about two years, saying we can do it. We developed several programs successfully in stages and then kept going to develop seniors' housing for them.

I also sit as the advisory board member for the Korean seniors. They want to build something, but the thing is that first they have to be registered as a non-profit organization, but they have no idea what that means.

Senator Mercer: That process itself is cumbersome and takes a lot longer than people think.

Ms. Hwang: Yes, it is quite challenging.

Senator Mercer: I have been there, done that.

Ms. Hwang: You are very brave, sir.

Dr. Koehn: In Surrey, there is a wonderful facility that Charan Gill did fundraising for and organized in collaboration with the health authority, but the fundraising that he had to do, honestly,

Madame Hwang, vous avez parlé du fait que les logements pour personnes âgées sont une réalité que les gens des communautés coréennes et vietnamiennes ne connaissent pas, et c'est vrai de nombreuses autres communautés de l'Asie du Sud, je crois. Il y a quelques exemples de communautés d'immigrants qui offrent des logements aux personnes âgées; il y a deux ou trois résidences pour les aînés chinois à Toronto qui sont conçues spécialement pour cette communauté et qui se trouvent dans le même quartier. Au début, c'était des projets difficiles à réaliser, parce que, encore une fois, ce genre de chose ne fait pas partie de la culture. Est-ce que ce genre de chose se fait en Colombie-Britannique, plus particulièrement chez les grandes communautés d'immigrants?

Mme Hwang : Il y a un groupe qui offre des services surtout aux Chinois, dont le nom est S.U.C.C.E.S.S., et qui a créé au moins deux foyers avec services pour la communauté chinoise. Les gens doivent faire preuve de beaucoup de créativité et proposer leurs idées. BC Housing et l'organisation sanitaire locale collaborent avec cette organisation sans but lucratif, et je crois qu'il y a un important donateur qui a fourni quelques millions de dollars pour lancer le projet. Le début a été assez difficile pour eux.

M. Gill va probablement en parler cet après-midi, mais la communauté des gens qui viennent d'Asie du Sud-Est a également créé des logements pour les personnes âgées. Même si cette communauté encourage ses aînés à demander l'accès à ces logements, aucun aîné de la communauté n'y vit. Ces logements supposément réservés aux aînés de cette communauté ethnique ne le sont pas; ils sont accessibles à toute personne âgée. L'idée de créer ce genre de logements, c'est surtout de faire en sorte que les gens qui y vivent puissent se faire servir de la nourriture traditionnelle chez eux et puissent également avoir accès à des services offerts par un personnel bilingue. Ce sont les deux choses principales que ces logements offrent.

Je ne connais pas vraiment la situation au Canada, mais, aux États-Unis, j'ai travaillé avec plusieurs organisations de quartier à la création de logements pour personnes âgées. Les discussions avec les leaders des communautés et des organisations sans but lucratif ont à elles seules pris deux ans, le simple fait de déclarer la chose possible. Nous avons procédé par étapes à l'élaboration de plusieurs programmes qui ont bien fonctionné, puis nous avons continué et avons créé des logements pour les personnes âgées.

Je siège également au conseil consultatif à titre de représentante des aînés coréens. Ils veulent construire quelque chose, mais ce qui arrive, c'est qu'ils doivent d'abord créer une organisation sans but lucratif, et ils n'ont aucune idée de ce que ça peut vouloir dire.

Le sénateur Mercer : Le processus est lourd et prend beaucoup plus de temps que ne le pensent les gens.

Mme Hwang : Oui, c'est très difficile.

Le sénateur Mercer : Je suis passé par là.

Mme Hwang : Vous êtes très brave, monsieur.

Dre Koehn : À Surrey, il y a un établissement extraordinaire qui existe grâce à la campagne de financement et au travail d'organisation que Charan Gill a effectués en collaboration avec

I am surprised it did not finish him off; and it took a long time. He is very ambitious. He is also looking at the feasibility of constructing some long-term care facilities for Indo-Canadians out in Abbotsford, because there is a very large population there. They have independent living and assisted living. They spent a lot of time going out to the community and trying to make people understand why it is beneficial for them to be there. However, I have spoken to the medical director there, and his feeling about the residents in assisted living, which is still not full, is that many of them may in fact belong more in complex care, that their needs are actually higher. They have come to them in crisis. They do not have complex care yet, so they would like to turn part of the facility over to a higher level of care, because there are stringent rules around assisted living and the degree of disability that you can have.

I should say, to their credit, the diversity apparent within the PICS facility, the Progressive Intercultural Community Services Society, is unbelievable. They speak many different languages, not just a couple, and they have preserved and satisfied many different diets, both in terms of religious preferences but also around diabetes and dialysis and so on.

Ms. Hwang: I have two quick comments related to that issue. A number of organizations are interested in developing ethnic seniors' housing. They have to get government subsidies one way or the other, probably a little or a whole lot, but they have to develop seniors' housing, and also they have to talk to communities. When they talk to communities about these recent immigrant groups or any immigrant groups, they are so afraid of the word "government." For example, the Vietnamese community's experience with government is not so positive. Whoever develops ethnic seniors' housing has to educate the whole community that they will be fine; that is the kind of thing they have to work with.

The other thing I would like to mention is that for the existing seniors' housing development here, they are also experiencing aging in place with an increasing number of older residents who come from different countries. They are having more residents staying longer in their existing housing, so they are trying to develop more programs for them, but with all these residents staying there for long time, it is changing for them. We need to educate the current residents who have been there for a long time. There are often conflicts between different groups.

la régie de la santé, mais sincèrement, je suis étonnée que la campagne de financement ne l'ait pas découragé; et ça a été long. Il est très ambitieux. Il examine par ailleurs la possibilité de construire des établissements de soins de longue durée pour les Indo-Canadiens dans la région d'Abbotsford, parce qu'ils sont très nombreux là-bas. Ils ont des logements avec ou sans services. Ils passent beaucoup de temps à discuter avec les gens de la communauté et à essayer de leur faire comprendre en quoi il est avantageux pour eux de vivre là. Cependant, j'ai discuté avec le directeur du service médical de l'endroit, et ce qu'il m'a dit au sujet des résidents des logements avec services, qui ne sont pas tous occupés, c'est que beaucoup d'entre eux devraient en fait vivre dans des endroits où l'on offre des soins avancés, c'est-à-dire que leurs besoins sont plus grands. Ils se sont adressés à eux parce qu'ils vivent une crise. Ils n'offrent pas encore de soins avancés, alors ils aimeraient transformer une partie de l'établissement pour pouvoir offrir des soins plus intensifs, parce qu'il y a des règles strictes concernant des logements avec services et la gravité des handicaps des résidents.

Il faut reconnaître que la diversité manifeste dans l'établissement de la PICS, ou Progressive Intercultural Community Services Society est incroyable. Les gens parlent de nombreuses langues, pas seulement deux ou trois, et ils font en sorte de répondre aux besoins des gens sur le plan de l'alimentation, en ce qui concerne tant les préférences liées à la religion que les besoins particuliers liés au diabète, à la dialyse et ainsi de suite.

Mme Hwang : J'ai deux petits commentaires à faire par rapport à ça. Il y a beaucoup d'organisations qui voudraient créer des logements pour les aînés de telle ou telle communauté. Elles doivent obtenir des subventions gouvernementales d'une façon ou d'une autre, probablement un peu ou beaucoup, mais elles doivent créer des logements pour les personnes âgées, et elles doivent aussi discuter avec les membres des différentes communautés. Lorsqu'elles leur parlent de ces groupes d'immigrants récemment installés ou de quelque groupe d'immigrants que ce soit, elles évitent le mot « gouvernement ». L'expérience du gouvernement vécue par la communauté vietnamienne, par exemple, n'est pas vraiment positive. Quiconque décide de créer des logements pour les personnes âgées doit expliquer à toute la communauté que les choses vont bien se passer, que c'est le genre de choses avec lesquelles il faut travailler.

L'autre chose que je veux dire, c'est que, pour ce qui est des logements pour personnes âgées qui existent déjà ici, les gens qui s'en occupent tentent déjà certaines choses pour ce qui est de l'idée de vieillir chez soi avec de plus en plus de résidents âgés qui viennent de différents pays. Il y a de plus en plus de résidents qui restent longtemps dans leur logement, alors on essaie de créer davantage de programmes pour eux, mais comme tous ces résidents restent au même endroit pendant longtemps, les choses changent. Nous devons informer les résidents actuels qui demeurent au même endroit depuis longtemps. Il y a souvent des conflits entre les différents groupes.

Senator Mercer: We have talked about providing services and have travelled across the country, and we have talked about the difficulty of providing services in minority languages, whether English or French, in certain parts of the country. We have talked also about the availability of doctors and nurses who speak French or English, depending on the community. Is there a shortage of professionals, doctors and nurses, who speak the languages of the people we are talking about in immigrant communities in British Columbia?

Dr. Koehn: I did a barriers to access for a minority seniors' project a couple of years ago, and we interviewed Punjabi, Vietnamese and Hispanic seniors. This did not come up as much for Punjabi seniors, because there are now a number of Punjabi-speaking physicians available. For the Vietnamese, yes, it was a big problem, and the same for the Hispanic seniors. The group of Vietnamese I spoke to were fairly highly educated, and many of them had worked in health professions. Even though their English is very limited, they sort of made do with English-speaking physicians, but they found it very difficult, particularly when they went to specialists, and they often had to rely on sign language. As I mentioned, often they have to take family members with them, or friends who speak more English. However, that is very tricky, because there is a lot of stigma around certain kinds of conditions and they would not want family members or even a friend knowing about it. There is a paucity of interpreting services.

We have also found that many professionals, even when they have access to interpreting services, do not order them. They can order an interpreter through provincial language services, but they do not, because of the time that it takes. They would rather make do and get an unsatisfactory or incomplete response from the patient than take the time, because they are not paid for that time. That is how the fee for services is structured much of time.

Repeatedly in interviews, service providers for seniors said there are five Spanish-speaking physicians in the Greater Vancouver Area, which is a very large area, and these seniors travel from Vancouver way out to Richmond and places like that to go to a Spanish-speaking physician because they do not have enough English to go to an English-speaking doctor. The seniors do not necessarily like that doctor, and it was a long way to go, but at least they could speak their own language. When seniors have to travel long distances to go to the doctor, they are less likely to make going a priority.

Senator Mercer: Ms. Coates, do you get people coming to the centre looking for help finding a doctor who speaks their language or for someone help them convey their problems to medical people?

Le sénateur Mercer : Nous avons parlé de la prestation des services et nous avons voyagé partout au pays, et nous avons parlé du fait qu'il est difficile d'offrir des services dans la langue de la minorité, que ce soit l'anglais ou le français, dans certaines régions du pays. Nous avons également parlé de la disponibilité de médecins et d'infirmières qui parlent français ou anglais, en fonction de l'endroit. Y a-t-il une pénurie de professionnels, de médecins et d'infirmières, qui parlent la langue des communautés d'immigrants de la Colombie-Britannique dont nous sommes en train de parler?

Dre Koehn : J'ai réalisé un projet sur les différences d'accès pour les aînés qui font partie de groupes minoritaires il y a deux ou trois ans, et nous avons interrogé des aînés panjabis, vietnamiens et hispanophones. Les Panjabis n'ont pas beaucoup parlé de ce problème, parce qu'il y a aujourd'hui un certain nombre de médecins qui parlent leur langue. Pour ce qui est des Vietnamiens, oui, c'était un problème important, comme pour les aînés hispanophones. Le groupe de Vietnamiens avec qui j'ai discuté était composé de gens qui avaient un bon degré de scolarité, et nombre d'entre eux avaient travaillé dans le domaine de la santé. Comme ils parlent très peu anglais, ils se sont en quelque sorte débrouillés avec les médecins anglophones, mais ils ont trouvé ça très difficile, surtout lorsqu'ils avaient à consulter des spécialistes, et ils devaient souvent communiquer par signes. Comme je l'ai dit déjà, les aînés doivent souvent demander à un membre de leur famille de les accompagner, ou encore à un ami qui parle mieux anglais qu'eux. Cependant, c'est très délicat, parce qu'il y a certains problèmes de santé qui sont source de honte, et les gens ne veulent pas que les membres de leur famille ou même qu'un ami sache qu'ils ont ces problèmes. Les services d'interprétation sont très rares.

Nous avons également constaté que beaucoup de professionnels ne font pas appel aux services d'interprétation même s'ils y ont accès. Ils ont la possibilité de demander l'aide d'un interprète par l'intermédiaire des services linguistiques de la province, mais ils ne le font pas, parce que ça prend du temps. Ils préfèrent se débrouiller et obtenir de leurs patients des réponses insatisfaisantes ou incomplètes parce que ça prend du temps, et parce qu'ils ne sont pas payés pendant ce temps-là. C'est ainsi que le paiement à l'acte fonctionne dans la plupart des cas.

À plusieurs reprises, dans le cadre d'entrevues, les fournisseurs de services aux aînés ont dit qu'il y a cinq aînés hispanophones dans la région du Grand Vancouver, qui est une très grande région, et les personnes âgées partent de Vancouver et se rendent à Richmond, entre autres, pour voir un médecin hispanophone, parce qu'ils ne parlent pas suffisamment bien anglais pour consulter un médecin anglophone. Ils n'aiment pas nécessairement ce médecin, et le trajet est long, mais, au moins, ils peuvent ainsi parler leur langue maternelle. Lorsqu'il faut qu'ils parcourent un long trajet pour se rendre chez le médecin, les aînés sont moins susceptibles d'en faire une priorité.

Le sénateur Mercer : Madame Coates, y a-t-il des gens qui viennent au centre et qui vous demandent de l'aide pour trouver un médecin qui parle leur langue ou quelqu'un qui puisse les aider à expliquer leurs problèmes de santé au personnel médical?

Ms. Coates: Yes, we do. That was why I was pumping for the seniors' advocate programs. Seniors will often not ask a family member, nor will they ask an official translator, but they will work with other seniors, not only for doctors' appointments but for all kinds of areas. We do that, but we are still working with a limited number.

Senator Cordy: This is a fascinating discussion. I would like to go back to the issue of seniors' housing. Ms. Hwang, you mentioned that many immigrants come from countries where there is no such thing as seniors' housing. What challenges does that present if you are looking at a family where perhaps a senior has need of seniors' housing in addition to some of the challenges that Senator Mercer asked you about? I am wondering about that particular aspect. The two of you talked about going into the community and educating seniors. That is a major obstacle for people who are 75 or 80 years old and that is not part of their culture. How do you work around that?

Ms. Hwang: There are two ways we can work. The first is to offer comfort, and then let them know about their options and where they can apply for them. Offering comfort means reminding them that government will not do them any harm and at the same time informing them continuously about next steps and reminding them about what will happen next and what will happen in a year. Since there are a lot of steps working with ethnic senior citizens who are not familiar with these different procedures or options of seniors' housing, there is someone who can reach out at the organization level first.

A big challenge for the staff working with the ethnic seniors' groups is that the policy changes all the time. There was a continuum of care, and there is a complex of care, and there is assisted living. Very often when we work with ethnic minority groups, the focus of services is on the settlement issues or on language and not too much on housing. There is probably a need to educate staff about the application procedures for government-subsidized housing or nursing homes. That is basically what they know about.

Senator Cordy: Canada has French and English as the official languages, so our documentation comes out in French and English. Are these documents translated into appropriate languages for the Asian people?

Ms. Hwang: Thank you for bringing that up. The answer is no, for the most part. S.U.C.C.E.S.S. does have their programs translated into Chinese, but other than that, they are trying to put multiple languages out there, which is lacking, especially for the housing options.

Mme Coates : Oui, il y en a. C'est la raison pour laquelle j'insistais sur les programmes de défense de droits des aînés. Bien souvent, les aînés ne veulent pas demander de l'aide à un membre de leur famille ni avoir recours aux services d'un interprète professionnel, mais ils sont prêts à accepter l'aide d'autres personnes âgées, non seulement pour ce qui est des rendez-vous chez le médecin, mais dans bien d'autres domaines aussi. Nous faisons ce genre de choses, mais nous ne travaillons encore qu'avec un petit nombre de personnes.

Le sénateur Cordy : Je trouve la discussion que nous avons très intéressante. J'aimerais revenir sur la question des logements pour personnes âgées. Madame Hwang, vous disiez que beaucoup d'immigrants viennent de pays où ça n'existe pas. Quelles sont les difficultés que cela pose si vous vous occupez d'une famille où il y a, disons, une personne âgée qui a besoin de ce type de logement, en plus de certains des problèmes dont le sénateur Mercer parlait? Je me posais des questions sur cet aspect précis de la chose. Vous avez toutes deux parlé du fait de fournir de l'information aux aînés dans leur milieu de vie. Il s'agit d'un obstacle important pour les gens qui ont 75 ou 80 ans et pour qui cette réalité ne fait pas partie de leur culture. Comment surmontez-vous cet obstacle?

Mme Hwang : Il y a deux choses que nous pouvons faire. La première, c'est de les réconforter, et de leur parler des possibilités qui s'offrent à eux et de ce qu'ils doivent faire pour en profiter. Les réconforter, ça veut dire leur rappeler que le gouvernement ne va pas leur faire de tort et, en même temps, les tenir au courant de ce qui s'en vient et leur rappeler ce qui va se passer ensuite et ce qui va se passer dans un an. Comme les choses se font de façon graduelle pour ce qui est du travail auprès des citoyens âgés qui appartiennent à une minorité ethnique et qui ne connaissent pas les différentes procédures et possibilités en ce qui concerne les logements pour les aînés, il y a quelqu'un qui peut les joindre d'abord au niveau de l'organisation.

Un défi important que doivent relever les gens qui travaillent auprès de groupes d'aînés appartenant à des minorités ethniques, c'est que les politiques changent constamment. Il y a avait un continuum de soins; maintenant il y a un ensemble de soins et les logements avec services. Bien souvent, lorsque nous travaillons auprès de membres de minorités ethniques, nos services sont axés sur les problèmes d'établissement ou sur les problèmes de communication, beaucoup plus que sur la question du logement. Il faudrait probablement informer les gens qui s'occupent des aînés de la marche à suivre pour présenter une demande de logements subventionnés par le gouvernement ou une demande d'admission dans une maison de soins infirmiers. C'est, grosso modo, ce qu'ils connaissent.

Le sénateur Cordy : Les langues officielles du Canada sont le français et l'anglais, et les documents qui sont publiés ici sont donc publiés dans ces deux langues. Est-ce que ces documents sont traduits pour les gens qui viennent d'Asie?

Mme Hwang : Merci de poser la question. La réponse est non, dans la plupart des cas. S.U.C.C.E.S.S. ne fait pas traduire ses programmes en chinois; cela dit, l'organisation essaie d'offrir l'accès aux programmes dans différentes langues, parce qu'il y a un besoin, surtout en ce qui concerne les options de logement.

Senator Cordy: It is my understanding that in the Vancouver area English is the first language, and then Mandarin is the next language. Is that correct?

Ms. Hwang: Yes.

Senator Cordy: A lot of people then would need access to materials in other languages.

I would like to go back to the issue Dr. Koehn raised of the intensification of dependency and the challenges that can create. Seniors who are a little bit dependent on their families, but not a whole lot dependent, still feel a sense of age limitations. They feel more dependent than they did certainly when they were 30 or 35 years old. That dependency brings with it certain challenges. For instance, if you are suffering from abuse, be it financial or neglect or any number of areas, you are not as inclined to tell somebody about it because you are dependent. You wonder what will happen: will you be sent back to your country of origin or put out of the home?

How do you deal with that intensification of dependency? I think it would be a real challenge to get people to seek help when they needed it.

Dr. Koehn: Referring back as well to the question that you asked Dr. Hwang, about getting people into assisted living or any kind of supportive housing, a big issue for many communities is shame. It is extremely shaming for the family, for everybody, if it looks like the family cannot take care of their own elder. Therefore, as well as translating material, you have to help communities get over that notion. Charan Gill has had to overcome that, and he is in a good position to do it because he is a respected community member, and you need the right kind of person to do it. It has to come from many directions, including from the media. The community as a whole has get over the notion that to have somebody provide care for seniors is a shameful thing.

The family needs to feel involved as well. They need to be able to demonstrate to the community that even though the senior is perhaps in a different kind of living facility and not residing with the family, the family is still very much involved in the senior's care. That is definitely what PICS is like. It is very welcoming of family members, and there are no limitations about who can be there. It is very children-friendly too.

This goes back to the issue of whether or not you can get past that shame piece when it comes to detecting abuse and relying on broader community resources. It is a really hard thing to do, and that is why people do not reveal abuse. However, if there is that overall education piece about connecting and about localizing and using different resources, I think the shift will eventually happen, albeit slowly. It is just that different pieces of the community have accelerated, but not in sync with others.

Le sénateur Cordy : D'après ce que j'ai compris, l'anglais est la langue la plus utilisée dans la région de Vancouver, et, l'autre langue la plus courante, c'est le mandarin. Est-ce exact?

Mme Hwang : Oui.

Le sénateur Cordy : Ça veut dire que beaucoup de gens ont besoin de documents rédigés dans d'autres langues.

J'aimerais revenir sur l'un des sujets abordés par la Dre Koehn, c'est-à-dire l'augmentation de la dépendance et les problèmes que ce phénomène peut engendrer. Même les aînés qui ne dépendent de leur famille que dans une mesure limitée ont l'impression que leur âge est une contrainte. C'est sûr qu'ils se sentent plus dépendants que lorsqu'ils avaient 30 ou 35 ans. Cette dépendance pose certains problèmes. Si, par exemple, une personne est victime de violence, que ce soit d'exploitation financière, de négligence ou d'une quelconque autre forme de violence, elle ne sera pas disposée à en parler si elle est dépendante. Elle se demande ce qui va lui arriver : sera-t-elle renvoyée dans son pays d'origine ou chassée de la maison?

Que faites-vous pour contrer l'augmentation de la dépendance? Je pense que ça doit être très difficile de pousser les gens qui ont besoin d'aide à en demander.

Dre Koehn : Pour revenir aussi sur la question que vous avez posée à Mme Hwang, sur le fait de placer les gens dans des logements avec services, un problème grave qui se pose dans de nombreuses communautés, c'est que les gens ont honte. C'est une honte terrible pour la famille et pour tout le monde si la famille a l'air de ne pas pouvoir s'occuper de ses aînés. Ainsi, il faut non seulement traduire la documentation, mais aider les communautés à se débarrasser de cette idée. Charan Gill a dû surmonter cet obstacle, et il est bien placé pour le faire, puisque c'est un membre respecté de la communauté, et il faut que ce soit la bonne personne qui fasse cela. Il faut que l'effort vienne de toutes parts, y compris des médias. L'ensemble de la communauté doit se débarrasser de l'idée qu'il est honteux de faire appel aux services de quelqu'un d'autre pour s'occuper des aînés.

Il faut que la famille se sente concernée aussi. Il faut qu'elle montre à la communauté que même si l'aîné vit dans un type d'établissement différent et pas avec la famille, celle-ci s'occupe encore beaucoup de lui. C'est certainement ainsi qu'est PICS. C'est un endroit qui est très accueillant pour les membres de la famille des aînés, et tout le monde peut leur rendre visite. L'endroit est aussi très accueillant pour les enfants.

Ça nous ramène à la question de savoir s'il est possible de combattre la honte lorsqu'il s'agit de détecter les cas de violence et du recours aux ressources communautaires en général. C'est quelque chose de très difficile à faire, mais c'est la raison pour laquelle les gens ne parlent pas de la violence. Cependant, si, dans l'ensemble, ce travail d'information au sujet des liens, de la localisation et de l'utilisation des différentes ressources se fait, je pense que les choses vont finir par changer, même si ça prend du temps. C'est simplement que certains éléments de la communauté ont avancé, mais pas en synchronisme avec les autres.

On the other hand, I think it is important not to essentialize these communities and say they are not accessing home care, for example, because they are worried that this will shame the family. I have heard that from service providers. On the other hand, I have heard from people in need of those services that they perceive that because they are doing that good work for their family looking after family members they are discriminated against by the system, which will not provide them with the home care they need because the system sees the family as being in place. That is their perception, whether or not it is true, and a lot does go into a home care assessment. So, there are those two sides to the story.

Coming back to the second question that you just asked about intensification, I think that we also play a role. We may unwittingly play a role in intensifying that dependency if, as is often the case, as health authorities and health service providers we assume that the family takes care of their own. Certainly the community will tell you that, because it is a source of pride, but it is not always possible.

Another factor, like the housing services, is that many services are available here. We are greatly specialized here. We have many services such as nurses who specialize in incontinence support. When a senior is being discharged from the hospital, the case manager will tell the family, "Let us know if you need any help." The family will go back home and take over the care of the senior. The case manager assumes that the family will talk to him or her, but then the senior turns up in hospital, and the family members are in a terrible state because they have been completely run down by the intensity of the senior's physical dependency on them — the frailty, the dementia combined with incontinence. The case manager says to them, "But I said, please, come to me if you need any help." The family respond, "Well, what could you possibly do? Only we could do that sort of work for our father."

There are two things going on there at once. It is that the family is supposed to take care, so there is tremendous guilt if they do not; also, they are not fully aware of the types of services that are available to them, and that needs to be clearly spelled out. Instead of saying, "Let me know if you have any trouble," the case manager needs to say, "Here are some of the things you may run into. Here are some of the ways we can address those issues. I will phone you every week to start, and then maybe every other week, and we will talk about these issues." It needs to be very clear.

Senator Cordy: You spoke about language, training staff to work, the need for bilingual or trilingual staff members, but it is more than just language. I think, and you touched on it a number of times, it is the cultural aspect of it; just the idea of "call me if you need me" would be an example.

Par contre, je pense qu'il est important de ne pas simplifier la situation de ces communautés et de dire que les membres de celles-ci n'accèdent pas aux soins à domicile, par exemple, parce qu'ils ne veulent pas faire honte à leur famille. J'ai entendu des fournisseurs de services le dire. Cependant, j'ai également entendu les gens qui ont besoin de ces services dire qu'ils ont cette impression parce qu'ils sont utiles à leur famille en s'occupant des membres de celle-ci que le système pénalise, et qu'on ne leur offre pas les soins à domicile dont ils ont besoin, parce que le système juge que la famille est là. C'est leur perception, qu'elle soit fondée ou non, et il y a beaucoup de choses dans une évaluation relative aux soins à domicile. Il y a donc deux versions des faits.

Pour en revenir à la seconde question que vous venez de poser au sujet de l'augmentation de la dépendance, je pense que nous jouons nous aussi un rôle à cet égard. Nous y contribuons peut-être sans le vouloir lorsque les régies de la santé et les fournisseurs de services de santé supposent que les familles s'occupent de leurs membres, ce qui est souvent le cas. C'est sûr que les membres des différentes communautés vont l'affirmer, parce que c'est une source de fierté, mais ce n'est pas toujours possible.

Un autre facteur, comme dans le cas des services de logement, c'est qu'il y a de nombreux services offerts ici. Nous sommes très spécialisés. Nous offrons de nombreux services, notamment ceux d'infirmières spécialisées dans le soutien aux personnes incontinentes. Lorsqu'un patient âgé est libéré de l'hôpital, le gestionnaire de cas dit à la famille de demander de l'aide au personnel d'hôpital si elle en a besoin. La famille rentre à la maison et prend la relève pour s'occuper de la personne âgée. Le gestionnaire de cas suppose que la famille va communiquer avec lui, mais ce qui arrive, c'est que l'aîné est de nouveau hospitalisé, et les autres membres de la famille sont dans un état terrible parce que l'intensité de la dépendance physique de l'aîné envers eux les a complètement vidés — la fragilité de l'aîné, la démence combinée à l'incontinence. Le gestionnaire de cas dit alors à la famille qu'il les avait priés de s'adresser à lui si elle avait besoin d'aide, mais la famille répond : « Mais qu'auriez-vous fait? Il n'y a que nous qui pouvions faire ce genre de choses pour notre père. »

Il y a deux choses qui se passent en même temps dans ce cas. D'une part, la famille est censée s'occuper de l'aîné, et la culpabilité est très grande si elle ne le fait pas; d'autre part, les gens ne savent pas très bien quel genre de services s'offrent à eux, et c'est quelque chose qu'il faudrait leur expliquer clairement. Plutôt que de leur dire de communiquer avec lui en cas de problème, le gestionnaire de cas doit dire : « Voici ce qui peut se passer. Voici comment nous pouvons régler ces problèmes. Je vais vous téléphoner chaque semaine au début, puis toutes les deux semaines par la suite, et nous allons parler des différents problèmes. » Il faut que ce soit très clair.

Le sénateur Cordy : Vous avez parlé de la langue, de la formation du personnel, du besoin de personnel bilingue ou trilingue, mais ça dépasse la question de la langue. Je pense — vous l'avez dit déjà à quelques reprises depuis le début de la séance — que c'est l'aspect culturel de la chose; la simple idée de dire : « Appelez-moi si vous avez besoin d'aide » — en est un exemple.

Dr. Koehn: Yes.

Senator Cordy: Are medical schools and nursing schools looking at cultural training in addition to language training?

Dr. Koehn: Yes. There is a move towards cultural competence; it is a slow thing. I had a symposium last year on cultural seniors' issues, particularly around access to care. Naina Patel, who has done some amazing work in England for seniors in advocacy and research, said that seniors were saying that in order to feel comfortable they needed quality care, and there was not enough emphasis on quality.

I do not want to underemphasize the language piece; the language piece has to be there. However, some service providers are not able to speak the client's language but have a capacity to respond in a very sensitive way, and there are others who do speak the same language as the client who nonetheless respond in a very insensitive way. A big thing in the Punjabi community, for instance, is that many service providers are from urban environments whereas many service recipients are from rural environments. There is discrimination and a difference in perspective between them, and that often comes across as insensitivity.

There have to be both pieces of it. I doubt that students get enough training in medical schools. There is a lot of literature about this, and one of the most significant pieces in that literature is the importance of sensitizing people to the fact that we all have cultural biases, and the things that we accept as the norm are not necessarily any sort of norm other than in our own cultural biases. That is a big piece that has to be built into our thinking.

Senator Cordy: I would have thought your idea of seniors helping seniors was a good idea.

Ms. Coates: how is your seniors' centre funded?

Ms. Coates: We are funded in a number of ways. We have project funding from the Status of Women and the United Way. We also have some core funding through the municipal government and the United Way, and gaming, good old gaming. We have funding through our own resources, fundraising, and some internal fundraising. It has always been a struggle.

Senator Cordy: How much of your staff time is spent fundraising?

Ms. Coates: Probably about a half of my time, and at least a quarter of another staff person's time, which is too bad, because I would rather be more caught up in these interesting discussions.

Dre Koehn : Oui.

Le sénateur Cordy : Les écoles de médecine et les écoles de soins infirmiers envisagent-ils d'offrir une formation culturelle en plus d'une formation linguistique?

Dre Koehn : Oui. Il y a un mouvement vers les compétences culturelles; c'est quelque chose qui prend du temps. J'ai organisé l'an dernier un symposium sur les problèmes auxquels sont confrontés les aînés qui découlent de la culture, surtout en ce qui concerne l'accès aux soins. Naina Patel, qui a fait un travail extraordinaire de défense des droits des personnes âgées et de recherche en Angleterre a expliqué que les aînés disent que, pour se sentir bien, ils ont besoin de soins de qualité, et qu'on n'insiste pas suffisamment sur la qualité.

Je ne veux pas minimiser l'importance de l'élément linguistique; il faut en tenir compte. Cependant, il y a des fournisseurs de services qui ne parlent pas la même langue que leur client, mais qui sont capables de répondre à leurs besoins en faisant preuve de beaucoup de sensibilité, tandis qu'il y en a qui parlent la même langue, mais qui sont insensibles à ce que vivent leurs clients. Une chose importante, dans la communauté panjabe, par exemple, c'est qu'il y a beaucoup de fournisseurs de services qui sont issus de milieux urbains, tandis que bon nombre des bénéficiaires de ces services viennent de milieux ruraux. Il y a de la discrimination et, ils voient les choses différemment, et cela donne souvent l'impression d'être de l'insensibilité.

Il faut que les deux éléments soient là. Je ne pense pas que les étudiants en médecine reçoivent une formation suffisante à cet égard. Il y a beaucoup de documentation sur le sujet, et l'une des choses les plus importantes que nous enseignons cette documentation, c'est qu'il faut sensibiliser les gens au fait que nous avons tous un point de vue fondé sur notre culture, et que les choses que nous considérons comme normales ne le sont pas nécessairement pour les gens qui appartiennent à d'autres cultures. C'est un élément important à intégrer à notre façon de penser.

Le sénateur Cordy : J'aurais cru que votre idée de demander à des aînés d'en aider d'autres était bonne.

Madame Coates, comment votre Centre est-il financé?

Mme Coates : Nous avons plusieurs mécanismes de financement. Certains de nos projets sont financés par Condition féminine Canada et par Centraide. Nous recevons également du financement de base de la part de l'administration municipale et de Centraide, et il y a aussi les jeux de hasard, les bons vieux jeux de hasard. Nous nous finançons également nous-mêmes en faisant des campagnes de financement, dont certaines à l'interne. Il a toujours fallu lutter pour obtenir du financement.

Le sénateur Cordy : Quelle proportion des heures de travail de votre personnel est consacrée au fait de trouver des fonds?

Mme Coates : Probablement la moitié de mes heures de travail, et au moins le quart des heures de travail d'une autre personne qui fait partie du personnel de l'organisation, ce qui est dommage, parce que j'aimerais mieux être prise par le genre de discussions intéressantes que nous avons aujourd'hui.

Senator Cordy: That is a shame. I was on a board for homeless youth in Halifax, and once I got on the board I discovered that most of the time was spent fundraising, which is very frustrating. You are right that one likes to get into other areas.

Ms. Coates: I have noticed over the years, since I first started fundraising for seniors, that the mythology around what seniors are has changed. There was not a lot of knowledge about seniors. Most people seemed to think that seniors were people out on golf courses who did not need any supports. Now again, they are not a hard sell anymore. I came from an organization for which the client group was children, and that was so much easier. I have noticed a change, and I am very happy to see that we have got an interest in seniors, particularly as I am going there myself.

Senator Cordy: If we are lucky, we become seniors.

I would like to get back to the issue of support for the lesbian, gay, transgendered community. You talked about currently looking at separate housing, which does not sit well with me, because I think of that as ghettoizing. Is that what the community wants at this point in time, and will that change? I can understand that those who are seniors now may not be accepting, but with the changes made in Canadian legislation, will that attitude change?

Ms. Coates: I think ghettoization is a danger, but the LGTB community is looking hard at that, and while they may feel they need to create specific centres, they are also looking at training long-term care folks and people who work in those kinds of centres about the issues. I think they are approaching it from a broad perspective.

Senator Cordy: You have 250 volunteers at the centre. Are many of them seniors?

Ms. Coates: We try to have at least 75 per cent seniors.

Senator Cordy: Are there financial challenges for seniors becoming volunteers? We have heard of challenges in some areas, like the price of gas for example.

Ms. Coates: Fortunately for us at 411, we are on a good bus route, and if seniors have the free bus pass, then it works well for them. We also provide lunch every day for anybody who volunteers here, which is very helpful.

Senator Cordy: That would be very helpful. You mentioned a free bus pass. Is that municipal?

Le sénateur Cordy : C'est bien dommage. J'ai été membre d'un conseil qui s'occupait des jeunes sans-abri à Halifax, et je me suis aperçue, une fois que je suis devenue membre du conseil que je devais passer le plus clair de mon temps à trouver des fonds, ce qui est très frustrant. Vous avez raison de dire qu'il est agréable de faire autre chose de temps à autre.

Mme Coates : J'ai remarqué que les mythes sur la situation des aînés ont changé au fil du temps, depuis que j'ai commencé à recueillir des fonds pour leur venir en aide. À l'époque, on ne savait pas grand-chose sur eux. La plupart des gens semblaient penser que les aînés étaient des gens qui jouaient au golf et qui n'avaient pas besoin d'aide. Aujourd'hui, ce n'est plus aussi difficile qu'avant de convaincre les gens du fait qu'il faut aider les aînés. J'ai travaillé avant au sein d'une organisation dont la clientèle était composée d'enfants et c'était tellement plus facile. J'ai constaté un changement, et je suis très heureuse de voir que nous avons commencé à nous intéresser aux personnes âgées, surtout que je vais faire partie de ce groupe bientôt.

Le sénateur Cordy : Avec de la chance, nous allons un jour être des aînés.

J'aimerais revenir sur la question du soutien offert à la communauté des lesbiennes, gais et transgenres. Vous avez parlé du fait qu'on envisage en ce moment des logements particuliers pour cette communauté, et je n'aime pas beaucoup cette idée, parce que je pense que c'est de la ghettoïsation. Est-ce que c'est ce que la communauté souhaite à ce moment-ci, et est-ce que ça va changer? Je peux comprendre que les gens qui forment le groupe des aînés à l'heure actuelle n'acceptent pas ça, mais avec les changements apportés aux lois canadiennes, est-ce que cette attitude va changer?

Mme Coates : Je pense que la ghettoïsation est un danger, mais la communauté LGTB examine soigneusement cette question, et, si elle pense devoir créer des centres spéciaux, elle envisage aussi de former des gens qui pourront offrir des soins de longue durée et qui pourront travailler dans ce genre de centre et qui sont en mesure de comprendre les problèmes de la communauté. Je pense qu'on envisage les choses d'un point de vue global.

Le sénateur Cordy : Il y a 250 bénévoles qui travaillent à votre centre. Combien d'entre eux sont des personnes âgées?

Mme Coates : Nous essayons de faire en sorte que ce soit au moins 75 p. 100.

Le sénateur Cordy : Est-ce qu'il y a des obstacles financiers pour les aînés qui veulent faire du bénévolat? Nous avons entendu parler de problèmes dans certaines régions, notamment le prix de l'essence.

Mme Coates : Heureusement pour nous, au 411 Seniors Centre, nous nous trouvons sur un circuit d'autobus pratique, et si on offre un laissez-passer gratuit aux aînés, c'est parfait pour eux. Nous donnons également à dîner à toute personne qui fait du travail bénévole ici, ce qui aide beaucoup.

Le sénateur Cordy : Ça doit aider beaucoup, en effet. Vous avez parlé d'un laissez-passer d'autobus gratuit. Est-ce que c'est un programme municipal?

Ms. Coates: It is government.

Senator Cordy: Provincial government?

Ms. Coates: Provincial government, yes.

Senator Cordy: Is that working well? We have heard that free buses could be a possible federal initiative.

Ms. Coates: I think the provincial government would like that. When the current government got in two terms ago, they did talk about cancelling the bus pass, and I think there were a lot of interesting comments at that time.

Senator Mercer: They stopped that right away.

Senator Cordy: Does it make a difference?

Ms. Coates: It makes a difference, yes. When we had a bus strike in Vancouver it was quite hard on many seniors. It was also hard for people to get to our centre.

Senator Cordy: We have heard that the current legislation where people get a tax rebate if they buy a bus pass only works if they are making enough income to pay taxes. A free bus pass would be good for everybody, whether or not they are making enough income to pay tax.

Ms. Coates: Right. Do not forget, lots of seniors pay taxes.

Senator Cordy: We know that, but we are trying to cover everybody.

The Chair: I want to concentrate a little bit on immigration policy generally. I was quite shocked that somebody could become a Canadian citizen and still be a dependent, so I will want to know more about that.

In terms of language training, I remember a number of years ago when the federal government was very active in English as a second language, ESL, and I also remember when the government got out of it all together as a program initiative. Something Dr. Koehn said struck me personally because I had a daughter teaching in Brampton, Ontario. Eighty-five per cent of her children were Punjabi, and the language at home was Punjabi; the language going to school, at recess, at lunchtime and after school was Punjabi. Her difficulty was ensuring that those children learned to speak English, but that opened a much broader issue: are the parents learning to speak English? Are their grandparents, who are now their caregivers — that is what struck me — given the opportunity to speak English? Are we doing

Mme Coates : C'est un programme gouvernemental.

Le sénateur Cordy : Du gouvernement provincial?

Mme Coates : Du gouvernement provincial, oui.

Le sénateur Cordy : Est-ce que ça fonctionne bien? Nous avons entendu dire qu'il serait possible que le gouvernement fédéral lance une initiative pour offrir des laissez-passer d'autobus gratuits.

Mme Coates : Je pense que le gouvernement provincial aimerait ça. Lorsque le gouvernement actuel, qui en est à son deuxième mandat, a été formé, il a été question d'annuler le programme des laissez-passer d'autobus gratuits, et je pense que beaucoup des observations qui ont été formulées à l'époque étaient intéressantes.

Le sénateur Mercer : Ils ont tout arrêté immédiatement.

Le sénateur Cordy : Est-ce que ça donne des résultats?

Mme Coates : Ça donne des résultats, oui. Lorsqu'il y a eu la grève du service d'autobus à Vancouver, ça a été très difficile pour beaucoup d'ainés. Les gens avaient aussi de la difficulté à venir à notre centre.

Le sénateur Cordy : Nous avons entendu dire que la disposition de la loi qui fait que les gens obtiennent un crédit d'impôt s'ils se procurent un laissez-passer d'autobus n'est utile que pour les gens qui gagnent suffisamment d'argent pour payer des impôts. Ce serait bien pour tout le monde qu'on offre un laissez-passer gratuit, peu importe si les gens gagnent suffisamment d'argent pour payer des impôts.

Mme Coates : Oui. N'oubliez pas que beaucoup d'ainés paient des impôts.

Le sénateur Cordy : Nous le savons, mais nous essayons d'aider tout le monde.

La présidente : J'aimerais que nous parlions un peu des politiques d'immigration en général. J'ai été très étonnée d'apprendre que quelqu'un pouvait continuer de dépendre de quelqu'un d'autre même après être devenu citoyen canadien, alors j'aimerais en savoir davantage là-dessus.

Pour ce qui est de la formation linguistique, je me rappelle l'époque où le gouvernement fédéral faisait beaucoup de choses du côté de l'apprentissage de l'anglais comme langue seconde, c'est-à-dire des programmes d'ALS, et je me souviens également du moment où le gouvernement s'est retiré de tout ça, de tout ce programme. Il y a une chose que la Dre Koehn a dite et qui m'a touchée personnellement, parce que j'ai une fille qui enseigne à Brampton, en Ontario. Quatre-vingt-cinq pour cent de ses élèves étaient panjabis, et ceux-ci parlaient panjabi à la maison, à l'école, pendant la récréation, pendant l'heure du dîner et après les classes. Le problème, pour elle, consistait à s'assurer que ses enfants apprenaient l'anglais, mais ça a aussi soulevé une question beaucoup plus vaste : est-ce que les parents de ces enfants

enough or are we woefully inadequate in terms of allowing new Canadians to learn either of our official languages?

Dr. Koehn: Some settlement agencies offer ESL classes to seniors, but they are very few. They need to offer babysitting services at the same time, because typically those seniors are grandparents and have nowhere else to take the children. However, as you are aware, the majority of ESL classes are targeted at getting people into the workforce. Often, in the families I know and have worked with, some of the parents will speak English at least enough to participate in the workforce, but at home the language of choice is always the first language, Punjabi, Hindi, whatever is spoken inside the home. The grandparents operate in that sphere. The grandparents are the primary caregivers.

There is an interesting initiative now in Surrey by a group called DIVERSEcity, funded by the United Way of the Lower Mainland. Their focus is young children. They are noticing, as you mentioned, that the children are coming to school not only without English language skills but also without the sorts of skills that we anticipate children will have by the time they come to school. These are not things that the Punjabi grandparents grew up with. For example, they do not encourage children to use crayons to express themselves, and that is an important pre-literacy skill. Because these children are in many respects quite alien to their grandparents because of the cultural differences, often the children will be put in front of the TV, so they might have TV English. Keeping up with children is also exhausting for grandparents who do not have that energy, so the TV is a good alternative.

This group has put out calendars in Punjabi that have a child development tip for each month to encourage these skills. They have gone beyond that, too. They have appeared on radio shows to talk about these issues. Now with new funding from the United Way, they are taking advantage of spaces that are not used much, and they are making joint drop-in learning centres for the children and for the grandparents. There may eventually be some effort to build into that English language training for the grandparents as well.

We used to have a home-school liaison. I knew several people who worked in that capacity who were bilingual and who interfaced with people at home and people at the school. I know that different languages are a challenge for many of our schools,

apprenaient l'anglais? Les grands-parents de ces enfants, qui s'en occupent maintenant — et c'est ça qui m'a frappée —, ont-ils eu l'occasion d'apprendre l'anglais? Faisons-nous suffisamment d'efforts pour permettre aux nouveaux Canadiens d'apprendre l'une ou l'autre de nos langues officielles ou sommes-nous pleins de bonnes intentions mais inefficaces?

Dre Koehn : Certaines organisations d'aide à l'établissement offrent des cours d'ALS aux aînés, mais elles sont très rares. Ces organisations doivent offrir aussi des services de garderie, parce que les aînés ont en général des petits-enfants et n'ont pas d'autres endroits où les faire garder. Cependant, comme vous le savez, la majeure partie des cours d'ALS ont pour objectif de permettre l'intégration des gens qui les suivent à la population active. Dans bien des cas, chez les familles que je connais et auprès desquelles j'ai travaillé, les parents parlent suffisamment bien anglais pour participer au marché du travail, mais à la maison, la langue privilégiée est toujours leur langue maternelle, par exemple le panjabi ou l'hindi. Les grands-parents évoluent dans ce contexte. C'est surtout eux qui s'occupent des enfants.

À Surrey, un groupe qui s'appelle DIVERSEcity et qui est financé par Centraide du Lower Mainland a lancé une initiative intéressante. Celle-ci est axée sur les jeunes enfants. Les gens de cette organisation ont remarqué, comme vous l'avez mentionné, que les enfants qui commencent l'école ont des lacunes non seulement en anglais, mais aussi en ce qui concerne le genre de choses qu'on s'attend que les enfants soient capables de faire lorsqu'ils atteignent l'âge de fréquenter l'école. C'est qu'il s'agit de choses que les grands-parents panjabis n'ont pas connues dans leur propre enfance. Par exemple, ils n'encouragent pas les enfants à utiliser des crayons à dessiner pour s'exprimer, ce qui est une importante aptitude que les enfants doivent posséder avant de commencer à lire et à écrire. Comme ces enfants sont à de nombreux égards très différents de leurs grands-parents sur le plan culturel, dans bien des cas, on les installe devant la télévision, ce qui fait qu'ils apprennent l'anglais de la télévision. En plus, c'est épuisant de suivre les enfants pour les grands-parents qui n'ont pas la même énergie, ce qui fait que la télé devient une solution intéressante.

Le groupe dont je parlais a distribué des calendriers en panjabi dans lesquels figure un conseil sur le développement des enfants pour chaque mois, dans le but de favoriser l'acquisition de ces aptitudes par les enfants. Les gens de ce groupe n'ont pas fait que ça. Ils ont parlé de ces questions dans le cadre d'émissions de radio. Grâce à un nouveau financement fourni par Centraide, ils utilisent des locaux qui ne servaient pas à grand-chose, et les transforment en centres d'apprentissage mixtes où les enfants et les grands-parents n'ont qu'à se présenter pour recevoir les services. Il pourrait être possible à un moment donné d'intégrer à cela un volet de formation en anglais pour les grands-parents.

Nous avons déjà eu un service de liaison entre l'école et la maison. Je connaissais plusieurs personnes qui travaillaient dans ce service qui étaient bilingues et qui jouaient le rôle d'intermédiaires entre les membres de la famille à la maison et le

and sometimes the school has no way to communicate with the parents or grandparents. I think those positions have been cut.

The Chair: I think it is important that they speak both languages. It is important that they speak the language of their culture and the environment from which they came, but as a teacher, and two of us are here, I am also very concerned with their success in school. I know that as they move further along in the school system, if they do not learn English, or French if they happen to be in a French environment, then they will probably be diverted not to academic programs but to vocational programs, which may not be in the best interest of a particular child. Frankly, I am concerned that we are failing these children, but we are also failing the parents and the grandparents.

I spent some time looking at the Swedish system. When the immigrant family arrives in Sweden they all study Swedish together, mom and dad and all the kids, so that when they find a job, go to school and interact in the community, they already have at least a small understanding of the new language. I would like your reaction to that. Are we doing enough?

Dr. Koehn: There is a wonderful argument for making English as a second language available to grandparents. We have a huge child care crisis in the province; there are not enough child care spaces. You have to have your children on a wait list many years before they are born. What grandparents do to relieve that crisis is tremendous, and language classes for those grandparents is a small price to pay to invest in that and then invest in the future of their children. I do not think we are doing enough now, not yet.

The Chair: Dr. Hwang, you do not speak English as a first language, although you speak it very well.

Ms. Hwang: Thank you.

The Chair: What would your reaction be to having a more welcoming attitude in language training?

Ms. Hwang: First, creating a more welcoming environment for the immigrants would help them go to ESL classes. Once they are in their class they are probably fine, but to actually get there and be there in that class is a real challenge for many immigrants. It takes courage. However, once they are there and they do something together with other people who do not speak English as native speakers, then they realize that this is not too bad, and they encourage themselves. Taking the first step is very challenging.

The Chair: Do you also think that they could perhaps learn more about the cultural reality in these ESL groups? I can understand the fear of someone who comes from a culture that does not have assisted living or seniors' housing and who also

personnel de l'école. Je sais que le fait que les élèves parlent différentes langues pose des problèmes pour beaucoup de nos écoles, et, parfois, le personnel des écoles est incapable de communiquer avec les parents ou avec les grands-parents des élèves. Je pense que ces postes ont été supprimés.

La présidente : Je pense que c'est important que les gens parlent les deux langues. C'est important qu'ils parlent la langue de la culture et du milieu desquels ils sont issus, mais, comme enseignante — et nous le sommes toutes les deux —, je me préoccupe aussi du fait que les élèves réussissent. Je sais que, s'ils n'apprennent pas l'anglais, ou encore le français, s'ils vivent dans un milieu francophone, le système va les pousser non pas vers les programmes universitaires, mais plutôt des programmes de formation professionnelle, ce qui peut ne pas être la meilleure chose pour tel ou tel enfant. Sincèrement, je me demande si nous ne laissons pas tomber ces enfants, mais aussi les parents et les grands-parents.

J'ai passé un certain temps à examiner le système suédois. Lorsqu'une famille d'immigrants s'installe en Suède, tous les membres de la famille étudient le suédois ensemble, la mère, le père et les enfants, ce qui fait que lorsqu'ils commencent à travailler, à fréquenter l'école et à interagir avec les autres membres de la collectivité, ils connaissent déjà les bases de leur nouvelle langue. J'aimerais que vous me disiez ce que vous pensez de cela. Faisons-nous suffisamment d'efforts dans ce domaine?

Dre Koehn : Je connais un excellent argument pour justifier l'idée d'offrir des cours d'anglais langue seconde aux grands-parents. Il y a une crise très grave dans les garderies de la province; il n'y a pas suffisamment de places. Il faut s'inscrire sur une liste d'attente de nombreuses années avant la naissance de ses enfants. Ce que les grands-parents font pour atténuer cette crise est extraordinaire, et offrir des cours de langue à ces grands-parents, ce serait un petit prix à payer pour investir là-dedans et investir dans l'avenir des enfants. Je pense que nous ne faisons pas encore suffisamment d'efforts.

La présidente : Madame Hwang, l'anglais n'est pas votre langue maternelle, quoique vous le parliez très bien.

Mme Hwang : Merci.

La présidente : Que penseriez-vous de l'idée d'adopter une attitude plus favorable à la formation linguistique?

Mme Hwang : Tout d'abord, le fait de créer un environnement plus accueillant pour les immigrants les inciterait à suivre des cours d'ALS. Une fois qu'ils se trouvent en classe, les choses vont probablement bien se passer pour eux, mais c'est le fait de s'y rendre et de se trouver dans une classe qui est le véritable défi pour beaucoup d'immigrants. Ça prend du courage. Cependant, une fois qu'ils y sont et qu'ils font des activités avec d'autres personnes dont l'anglais n'est pas la langue maternelle, ils s'aperçoivent que ce n'est pas trop mal et ça les encourage. C'est le premier pas qui est très difficile.

La présidente : Pensez-vous qu'ils pourraient également apprendre plus de choses sur la culture locale dans le cadre de ces cours d'ALS? Je comprends la peur que peut ressentir une personne issue d'une culture où les logements avec services ou

does not speak the language. If we envisaged a plan in which not only was English as a second language a more welcoming environment, would it also become a more culturally sensitive environment?

Ms. Hwang: That is a very good point. Actually, my sister teaches English as a second language, and she said exactly that, that learning about the culture and putting that into the language program is successful. Thank you for bringing that up.

The Chair: I would like to thank all of you. This has been an extremely useful panel, and I know that you will see many of your ideas reflected in our final report.

Senators, we will now proceed to our second panel. Appearing before us on behalf of MOSAIC is Eyob Naizghi; from Progressive Intercultural Community Services is Charan Gill; representing the Collingwood Neighbourhood House is Jo-Anne Stephens; and from S.U.C.C.E.S.S., we have Alice Choi. Our previous panellist was not sure what S.U.C.C.E.S.S. stands for, so you can begin your presentation by telling us that, Ms. Choi. However, let us begin with Mr. Naizghi.

Eyob G. Naizghi, Executive Director, MOSAIC: Thank you very much, Madam Chair. As you can see, I am aging.

The Chair: As are we all.

Mr. Naizghi: I am joining the club. I am an immigrant myself. MOSAIC is a multi-member orientation service association for immigrant communities. MOSAIC is our brand name.

Madam Chair, honourable members and guests, if you will allow me, I will read my notes so that it is much quicker and saves us time. My presentation is more or less set up to tell the story of MOSAIC. Then I will get into how we interact with immigrant seniors around aging and will speak a bit about what we know anecdotally. Finally, I will make my observations about the report. I read it in more detail, and I am very happy about what I see there, now that I know a little more than you do.

On behalf of the board, staff and volunteers of MOSAIC, I thank you for inviting me to appear before the Special Senate Committee on Aging. I would also like to take this opportunity to congratulate the committee for their hard work, as demonstrated by the very impressive report, which will serve as a living document as well as a road map for our future direction on the issue of aging.

MOSAIC is a non-profit organization that is governed by a diverse volunteer board. The organization is located in Vancouver, but we serve the immigrant refugee population from the Lower Mainland. We are a multicultural and a multilingual organization.

MOSAIC has also, in the past, been a member of a number of provincial initiatives on aging. We are a member of the Age-friendly Leadership Network, which we just started this past

pour personnes âgées n'existent pas et qui ne parlent pas la langue que les gens parlent autour d'elle. Que pensez-vous de l'idée que nous adoptions un plan pour faire du milieu de l'apprentissage de l'anglais langue seconde un milieu plus accueillant, mais aussi pour en faire un milieu plus ouvert à la différence culturelle?

Mme Hwang : C'est une très bonne idée. En fait, ma sœur enseigne l'anglais langue seconde, et c'est exactement ce qu'elle a dit, c'est-à-dire que l'intégration de l'apprentissage culturel au programme linguistique fonctionne. Merci d'en avoir parlé.

La présidente : J'aimerais remercier chacune d'entre vous. Vos témoignages ont été très éclairants, et je sais que vous allez retrouver bon nombre des idées que vous avez exprimées dans notre rapport final.

Chers sénateurs, nous passons maintenant à notre deuxième groupe de témoins. Nous recevons Eyob Naizghi, de MOSAIC; Charan Gill, de Progressive Intercultural Community Services; Jo-Anne Stephens, de Collingwood Neighbourhood House et Alice Choi, de S.U.C.C.E.S.S. Notre dernier témoin n'était pas certain de la signification de l'acronyme S.U.C.C.E.S.S., donc vous pourrez amorcer votre exposé en nous l'expliquant, madame Choi. Toutefois, nous commencerons par M. Naizghi.

Eyob G. Naizghi, directeur général, MOSAIC : Merci beaucoup, madame la présidente. Comme vous pouvez le voir, je vieillis.

La présidente : Comme nous tous.

M. Naizghi : Je me joins au club. Je suis moi-même immigrant. MOSAIC est une association de services d'orientation à membres multiples pour les communautés d'immigrants. MOSAIC est notre nom officiel.

Madame la présidente, honorables sénateurs et invités, si vous me le permettez, je vais lire mes notes pour aller plus vite et nous épargner du temps. Mon exposé constitue essentiellement l'histoire de MOSAIC. J'aborderai ensuite notre interaction avec les aînés immigrants et la question du vieillissement, puis je parlerai un peu de ce que nous savons par expérience. Enfin, je formulerai mes observations au sujet du rapport. Je l'ai lu en détail, et je suis très satisfait de ce que j'y trouve, maintenant que j'en sais un peu plus long que vous.

Au nom du conseil, du personnel et des bénévoles de MOSAIC, je vous remercie de m'avoir invité à témoigner devant le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. J'aimerais aussi saisir l'occasion de féliciter le comité pour son bon travail, dont témoigne ce rapport très impressionnant, qui fera office de document évolutif et servira de guide pour nos démarches ultérieures liées à la question du vieillissement.

MOSAIC est un organisme sans but lucratif dirigé par un conseil bénévole diversifié. L'organisme se trouve à Vancouver, mais nous servons la population d'immigrants et de réfugiés du Lower Mainland. L'organisme est multiculturel et multilingue.

MOSAIC, par le passé, a aussi été membre d'un bon nombre d'initiatives provinciales sur le vieillissement. Nous sommes membres de Age-friendly Leadership Network, que nous avons

year. It is a leadership network aimed at fostering the health and well-being of older citizens; it does not define age, and it may include all of us here. This network is based on guidelines and tools developed by the World Health Organization. We also participate on the Premier's Council on Aging and Seniors' Issues, an initiative of the premier to guide the province's policies and practices on seniors. We have not seen much yet, but we hope to see more.

Our mandate is to support immigrants and refugees, to bridge economic, cultural and language hurdles to fully transition them into their new communities. Our mission is to listen and to respond to their needs. We do this through engagement, such as this, and through culturally and linguistically accessible and practical diverse services that allow them to meet their personal goals while building bridges to their larger community. MOSAIC's guiding principle is framed within the context of Canadian social inclusion, fairness and social justice and is grounded on accountability, responsibility and partnership.

I would like to go through the existing programs and services in our organization. We have five areas of services or departments. Settlement services offer information, referral and advocacy to newcomers in the first language of the immigrants and refugees in the community. Within our organization we have about 12 staff who speak collectively about 20 languages or more.

Our family programs focus on families with children and provide diverse programs that range from parenting and early childhood development to addressing domestic violence issues. This is a summary highlight of the department. Again, most of our family-oriented services are provided in the first language of the communities we work with.

Employment programs are primarily geared to enhancing the participation of immigrants and refugees in the labour market. Most of the programs in this department are offered in English, although there might be some limited level of support in the first language.

We have what we call ELSA, which is English language training for adults with child-minding support. The majority of the participants in our program tend to be women.

Language services provides interpretation and translation services in close to 75 languages on a fee-for-service basis. This is a social enterprise that has become a valuable asset to the citizens and the public as well as to the private sector in the province of British Columbia, in Canada and in the United States; we do good business in that area.

lancé l'année dernière. C'est un réseau de leadership axé sur la promotion de la santé et du bien-être des citoyens âgés; on ne fait pas de distinction selon l'âge, et tout le monde présent pourrait y participer. Ce réseau est fondé sur des lignes directrices et des outils élaborés par l'Organisation mondiale de la santé. Nous participons aussi au Conseil du premier ministre sur le vieillissement et les affaires des personnes âgées, initiative du premier ministre visant à guider les politiques et les pratiques provinciales qui touchent les aînés. Nous n'en avons pas encore vu beaucoup, mais nous espérons en voir plus.

Notre mandat consiste à aider les immigrants et les réfugiés à surmonter les obstacles économiques, culturels et linguistiques afin qu'ils effectuent une transition complète dans leur nouvelle collectivité. Nous avons pour mission de les écouter et de répondre à leurs besoins. Nous le faisons grâce à la participation à des tribunes comme celle-ci, et en offrant différents services pratiques accessibles sur le plan culturel et linguistique, qui leur permettent de réaliser leurs objectifs tout en établissant des liens avec leur collectivité dans son ensemble. Le principe directeur de MOSAIC s'inscrit dans le contexte de l'inclusion sociale, de l'équité et de la justice sociale au Canada et s'appuie sur la reddition de comptes, la responsabilité et le partenariat.

J'aimerais parler des programmes et services en place au sein de notre organisme. Nous comptons cinq secteurs de service ou divisions. Les services d'établissement offrent de l'information, de l'aiguillage et une représentation aux nouveaux arrivants dans la langue maternelle des immigrants et des réfugiés de la collectivité. Notre organisme regroupe environ 12 membres du personnel qui, mis ensemble, parlent au moins 20 langues.

Nos programmes familiaux sont axés sur les ménages qui ont des enfants et sont la source de différents programmes qui vont de l'art d'être parent et du développement de la petite enfance à des mesures visant les problèmes de violence conjugale. C'est un survol sommaire de la division. Encore une fois, la plupart de nos services axés sur la famille sont fournis dans la langue maternelle des communautés avec lesquelles nous travaillons.

Les programmes d'emploi sont principalement conçus pour rehausser la participation des immigrants et des réfugiés au marché du travail. La plupart des programmes de cette division sont offerts en anglais, mais il existe peut-être un certain degré de soutien dans la langue maternelle.

Nous avons un service que nous appelons ELSA, soit une formation linguistique en anglais destinée aux adultes et assortie d'un service de garderie. La plupart des participants à notre programme sont des femmes.

Les services linguistiques fournissent un service d'interprétation et de traduction dans près de 75 langues selon un principe de rémunération des services. Il s'agit d'une entreprise sociale qui s'est révélée une ressource précieuse pour les citoyens et le grand public, aussi bien que pour le secteur privé de la province de la Colombie-Britannique, au Canada et aux États-Unis; nous faisons de bonnes affaires dans ce secteur.

I would like to talk briefly about our organizational capacity. We have over 150 employees, 300 volunteers and about 150 freelance interpreters and translators, with an approximate budget of \$50 million for 2008-09. Close to 80 per cent of our funding is based on government funding, federal, provincial and municipal, although the municipal is a miniscule 1 per cent; nevertheless, it adds a part of the funding. About 15 per cent of our revenue is generated through fee for service, primarily interpretation and translation, and then 5 per cent comes from foundations, including the United Way, and donations. We are heavily dependent on government funding.

At this point in time our fundraising capacity is very limited — hence, our ability to be very creative in terms of meeting the needs of the client. By and large, based on mandates and priorities, funders tend to determine what programs they like to fund and whom they would like to serve. For example, the Employment Insurance fund is very prescriptive by policy and legislation as to what programs it funds and for whom.

Based on existing funding modules, the immigrant and refugee aging population is not targeted as a special population for service, so they are the ones who fall through the cracks. As part of the newcomers population, with language and systemic barriers, they are serviced through our settlement services, where they receive information and referral on available services. Our family programs see grandmothers attending family support groups with grandchildren. We do see a limited number of older immigrants and refugees attending our English language classes, notwithstanding that they have different learning needs and processes.

In the early 1990s, MOSAIC accessed federal funding, New Horizons for Seniors, on behalf of the South Asian seniors, who quickly became independently organized. Although New Horizons assisted in building the capacity for these specific seniors, from our experience, we did not use it to build capacity for our organization; hence, our organization is weak on supporting seniors. That I should admit.

The Settlement and Multiculturalism Branch of the Ministry of Attorney General, the provincial ministry that manages the settlement funds, is beginning to show a keen interest in services to the aging immigrant and refugee population. They have conducted some consultation with stakeholders, both government ministries and the volunteer sector. From our perspective, this is a very promising opportunity, as research may be allocated to support the immigrant and refugee aging senior population.

What do we know about diversity and aging? From census data, we understand the immigrant and refugee population is aging in a similar way as the population at large. However, there is limited language on how this segment of the population is

J'aimerais parler brièvement de notre capacité organisationnelle. Nous comptons plus de 150 employés, 300 bénévoles et environ 150 interprètes et traducteurs pigistes, et notre budget s'établit à environ 50 millions de dollars pour 2008-2009. Près de 80 p. 100 de notre financement proviennent du gouvernement fédéral et provincial et de l'administration municipale, quoique cette dernière ne contribue que 1 p. 100; néanmoins, cela ajoute au financement. Environ 15 p. 100 de nos recettes proviennent de la rémunération des services, surtout l'interprétation et la traduction, puis 5 p. 100 proviennent des fondations, y compris Centraide, et des dons. Nous dépendons largement du financement gouvernemental.

Actuellement, notre capacité de financement est très limitée, c'est pourquoi nous trouvons des moyens très créatifs de combler les besoins du client. Essentiellement, selon les mandats et les priorités, les bailleurs de fonds ont tendance à décider quels programmes ils veulent financer et qui ils veulent servir. Par exemple, la caisse de l'assurance-emploi prescrit clairement dans sa politique et dans ses lois quels programmes elle finance et qui elle sert.

Les modules de financement en place ne ciblent pas les immigrants et les réfugiés vieillissants comme une population particulière à servir; par conséquent, ce sont ces personnes qui passent entre les mailles. En tant que membres de la population de nouveaux arrivants, aux prises avec des barrières linguistiques et systémiques, on les sert par le truchement de nos services d'établissement, qui leur fournissent des renseignements et les aiguillent vers les services accessibles. Dans le cadre de nos programmes familiaux, des grands-mères se présentent à des groupes de soutien familiaux avec leurs petits-enfants. Nous voyons un petit nombre d'immigrants et de réfugiés âgés à nos cours d'anglais, mais leurs besoins et les processus qui leur conviennent sur le plan de l'apprentissage sont différents.

Au début des années 1990, MOSAIC a accédé au financement fédéral par le truchement du programme Nouveaux horizons pour les aînés, au nom des aînés de l'Asie du Sud, qui ont rapidement commencé à s'organiser de façon autonome. Le programme des Nouveaux horizons nous a aidés à renforcer la capacité de ces aînés particuliers, mais d'après notre expérience, nous n'y avons pas eu recours pour renforcer la capacité de notre organisme; c'est pourquoi notre organisme soutient les aînés dans une mesure limitée. Il faut que je l'avoue.

La direction générale de l'établissement et du multiculturalisme du ministère du procureur général, le ministère provincial qui gère les fonds d'établissement, commence à manifester un vif intérêt à l'endroit des services offerts aux immigrants et aux réfugiés âgés. On a effectué des consultations avec les intervenants, dont des gens des différents ministères et du secteur bénévole. De notre point de vue, c'est une occasion très prometteuse, puisqu'une capacité de recherche pourrait être affectée au soutien de la population des immigrants et des réfugiés âgés.

Que savons-nous de la diversité et du vieillissement? Selon des données de recensement, nous comprenons que la population d'immigrants et de réfugiés vieillit de façon semblable à la population générale. Toutefois, il y a peu de mots pour décrire la

aging. It is only very recently that we are beginning to see some research interest or themes appearing from the universities, such as the one that dealt with gerontology from Simon Fraser University; as well, the University of Victoria is doing some research, but it is still in an infantile stage.

We equally know very little about the challenges of the organizations or industry that is in the business of supporting the seniors, nor do we have clear knowledge of how the immigrant and refugee seniors are managing as they enter the different levels of support, be it language, food, culture, or other systemic areas. There have always been specific old-age homes supported by the communities and the public, and we are beginning to see some of the larger non-European cultural communities establishing similar institutions to take care of their aging population. Charan Gill will be speaking to that, so I need not elaborate.

Anecdotally, we understand the aging immigrant and refugee population forms part of the extended family; this is with the cultural communities that exist. We also understand that they form part of the nuclear family's economic base, be it looking after the grandchildren while both parents are working, or working in the agricultural sector, particularly on a farm as seasonal workers, or working in the family businesses. Although this has its own challenges within the Canadian system, there is abuse. There are a lot of unknown factors. As somebody mentioned earlier, seniors may get tired and cannot manage looking after young, growing, energetic children. On the other hand, from my perspective, at least this group of people has some level of support and network within which seniors exist.

There are also those who are aging alone. They are found across the board, but they tend to show significantly within the smaller ethnocultural communities, such as mine. I appear there; I do have family, but the African community is very segmented. We come from 50 or more countries; every day there is a country being developed or growing in Africa. There are also more from the Latin-American community and the Vietnamese community. Those are the groups that I tend to call the smaller communities.

As has been well documented, for the immigrant and refugee labour force, earnings are much lower than for the average Canadian-born population. Within the aging population, this phenomenon affects the access to and the adequacy of any form of what I call, for lack of a better word, pensionable or pensioned income or support. Hence, we tend to see a compounded level of poverty among the aging immigrants and refugees. Poverty is the bottom line. Then it translates into homelessness or substandard housing and other health issues. As it is to be expected, language and cultural hurdles are more pronounced among this population

façon dont ce segment de la population vieillit. Ce n'est que très récemment qu'on a commencé à témoigner un certain intérêt à l'égard de la recherche sur des thèmes connexes dans les universités, comme celui qui traitait de la gérontologie à l'Université Simon Fraser; l'Université Victoria effectue aussi des recherches, mais elle en est toujours à ses balbutiements.

En outre, nous en connaissons très peu sur les défis qui incombent aux organismes ou à l'industrie qui s'occupent du soutien aux aînés, et nous ne savons pas non plus clairement comment les immigrants et les réfugiés âgés s'en tirent au moment où ils accèdent à une succession de mesures de soutien, que ce soit sur le plan linguistique, alimentaire, culturel ou dans d'autres secteurs systémiques. Il a toujours existé des foyers pour personnes âgées soutenus par les collectivités et le public, et nous commençons à voir certaines des grandes communautés culturelles non européennes mettre sur pied des établissements semblables pour prendre soin de leur population vieillissante. Charan Gill parlera de ce sujet, donc je n'ai pas besoin d'entrer dans les détails.

D'après notre expérience, nous constatons que la population d'immigrants et de réfugiés âgés fait partie de la famille élargie, soit les communautés culturelles qui existent. Nous constatons également qu'elle fait partie de l'assise économique de la famille nucléaire, soit en s'occupant des petits-enfants pendant que les parents travaillent, soit en travaillant dans le secteur agricole, surtout comme travailleurs saisonniers, ou encore en travaillant pour l'entreprise familiale. Cette réalité, en plus de comporter son lot de difficultés liées au système canadien, entraîne des abus. Il y a beaucoup de facteurs inconnus. Comme quelqu'un l'a mentionné plus tôt, un aîné peut se fatiguer et ne plus être en mesure de prendre soin de jeunes enfants énergiques en pleine croissance. En revanche, de mon point de vue, au moins, ce groupe profite d'un contexte qui lui offre un certain degré de soutien ainsi qu'un réseau.

Il y a aussi ceux qui vieillissent seuls. On les trouve partout, mais ils ont tendance à se retrouver particulièrement au sein des petites communautés ethnoculturelles, comme la mienne. Ne vous abusez pas; j'ai de la famille, mais la communauté africaine est très segmentée. Nous sommes originaires de 50 pays ou plus; chaque jour, un pays est en développement ou en croissance en Afrique. Il y a aussi beaucoup de gens qui vieillissent seuls dans les communautés latino-américaines et vietnamiennes. Ce sont les groupes que j'ai l'habitude de caractériser de plus restreints.

Comme on l'a bien documenté, pour la population active d'immigrants et de réfugiés, la rémunération est beaucoup plus modeste que pour la moyenne de la population née au Canada. Au sein de la population vieillissante, ce phénomène compromet l'accès et le caractère adéquat de toute forme de ce que j'appelle, à défaut d'un meilleur mot, les gains ouvrant droit à pension ou à un soutien. Ainsi, nous voyons souvent un niveau intense de pauvreté chez les immigrants et les réfugiés vieillissants. Pauvreté est le mot clé. Ensuite, ce problème se traduit par l'itinérance ou un logement insalubre et d'autres problèmes de santé.

group. This complicates their ability to interact with the available resources and leads to loneliness and isolation, translating into health issues.

I have read this committee's report, and I will highlight some of the themes that jumped out at me as they relate to immigrant and refugee seniors. You have to understand, most of the report is very clinical and health-oriented, areas in which we have little knowledge, so I want to comment only on some of the soft services, which are crucial for the aging population.

The report acknowledges diversity of the seniors, and the disparity that exists between immigrant seniors compared to non-immigrant seniors; that is very well documented, and I really appreciate it, as it speaks to the poverty issue. It acknowledges the changing demographics among the aging population, and the report recommends the need for change in service delivery to include the needs of the immigrant and refugee population. We are very pleased with that aspect of the report. The need for making information and resources available is clearly stated, but we would like to stress the need to make this information and resources available in our languages.

The report recognizes the informal family support in the community. This is very apparent within the immigrant and refugee population, and it needs to be recognized and supported. It also fits nicely with what is referred to in the interim report as "Aging in Place of Choice."

The report recognizes the risk factor and prevalence of social exclusion of immigrants and refugees, and it questions whether their needs are being met within the existing social service structure. Within the inclusion-exclusion paradigm discourse, we would like to add the effect of racism and discrimination. Hopefully Charan Gill will speak to that. The report emphasizes the need for education and information on healthy and active living and promotes anti-discriminatory practices. I would like to emphasize that these needs are felt more among the immigrant and refugee population.

In terms of program development for immigrant and refugee seniors, our 10 years of experience with the Community Action Program for Children, from ages zero to five, which is funded by Health Canada, informs us that promotion and prevention, which are the soft services I related to earlier, are a good approach to early intervention. From MOSAIC's more than 30 years of work experience with immigrants and refugees, we know that any form of program development has to use the linguistic and cultural competency lens from its inception.

Last but not least, the interim report acknowledges that this is a shared responsibility among the different policy bodies, both federal and provincial, and recognizes the active role of the

Naturellement, les obstacles linguistiques et culturels sont plus prononcés chez ce groupe. Cela nuit à sa capacité d'interagir avec les ressources disponibles et entraîne la solitude et l'isolement, qui provoquent des problèmes de santé.

J'ai lu le rapport du comité, et je mettrai en lumière certains des thèmes qui m'ont sauté aux yeux parce qu'ils se rattachaient au cas des immigrants et des réfugiés âgés. Il faut bien comprendre que le rapport est, pour la majeure partie, très clinique et axé sur la santé — secteurs dans lesquels j'ai peu de connaissances —, alors je voudrais seulement parler de certains des services non techniques, qui sont cruciaux pour la population vieillissante.

Le rapport reconnaît la diversité chez les aînés, et la disparité entre les aînés immigrants et les aînés non immigrants; cet aspect est très bien documenté, et je l'apprécie vraiment, car il traite du problème de la pauvreté. On reconnaît les changements démographiques chez la population vieillissante, et on recommande des changements nécessaires dans la prestation de services pour qu'ils tiennent compte des besoins de la population d'immigrants et de réfugiés. Nous sommes enchantés par cet aspect du rapport. La nécessité de rendre accessible l'information et les ressources est clairement énoncée, mais nous aimerions insister sur le besoin de rendre cette information et ces ressources accessibles dans nos langues.

Le rapport reconnaît le soutien familial informel dans la collectivité. Cela est manifeste au sein de la population d'immigrants et de réfugiés, et on doit le reconnaître et l'appuyer. D'ailleurs, le concept cadre très bien avec ce qu'on appelle, dans le rapport intérimaire, « Vieillir à l'endroit de son choix ».

Dans le rapport, on reconnaît le facteur de risque et la prévalence de l'exclusion sociale chez les immigrants et les réfugiés, et on remet en question la capacité de structures de services sociaux en place à combler leurs besoins. Dans le cadre du discours sur le paradigme inclusion-exclusion, nous aimerions ajouter les répercussions du racisme et de la discrimination. J'espère que Charan Gill parlera de ce sujet. Dans le rapport, on insiste sur la nécessité de l'éducation et de l'information pour garantir un mode de vie sain et actif et on fait la promotion de pratiques antidiscriminatoires. J'aimerais souligner que ces besoins se font encore plus sentir dans la population d'immigrants et de réfugiés.

En ce qui concerne l'élaboration d'un programme réservé aux immigrants et aux réfugiés âgés, nos dix ans d'expérience avec le Programme d'action communautaire pour les enfants, de zéro à cinq ans, qui est financé par Santé Canada, nous révèlent que la promotion et la prévention, qui sont les services non techniques dont je viens de parler, sont une bonne démarche pour commencer à intervenir tôt. Puisque MOSAIC sert les immigrants et les réfugiés depuis plus de 30 ans, nous savons que toute forme de conception de programme doit d'emblée aborder les questions d'un point de vue linguistique et culturel.

La dernière chose, mais non la moindre, c'est que le rapport intérimaire reconnaît l'existence d'une responsabilité partagée entre les différents organes stratégiques, à l'échelle fédérale et

volunteer sector. By the same token, the report's recommendation as it relates to adequately resourcing the volunteer sector is very much welcomed and supported.

Madam Chair and honourable Senate committee members, on behalf of the communities we work with, I would like to once again thank you for giving me the opportunity to appear before this committee.

The Chair: Thank you very much.

Charan Gill, Chief Executive Officer, Progressive Intercultural Community Services Society: Good morning, Madam Chair and honourable senators. I will just speak from my heart. I do not have a written report. I have been involved in many, many reports. This bag is full of reports from the last five to ten years, but as you have said, you did not see much action really. The government machinery is pretty slow; it is a slow-moving process that takes a long time, and when it happens, then the problems multiply.

I am the founder of the Progressive Intercultural Community Services Society, PICS. I am by profession a social worker, and I felt the need in the community. Also I felt there is a big service gap. We have to meet those gaps. We have to meet the needs that are emerging in new communities, but we have issues in the new communities. The reason for that is that we do not have expertise to write proposals; we do not have knowhow. Although I myself, as a social worker, have some knowledge, the whole community does not have that accessibility because they lack the expertise to know what is needed.

When I used to go to seniors' homes to visit, South Asian seniors were put in a corner. In every community resource there were one or two people who were very unhappy. There were no culturally appropriate services and none of the food they used to eat for 60 or 70 years. The food was totally different; it was European food, not the food they were used to. There were very few bilingual workers, and they could not even communicate.

Recognizing all those needs, about 20 years ago I started this organization with eight friends putting in \$10 each, \$80, and I was the only worker. Now, 20 years later, we have over a hundred people working and we have many resources and diverse organizations like MOSAIC and S.U.C.C.E.S.S. We provide the same kind of immigrant services.

In addition, I ventured into organic farming. We got 20 acres of land from the Greater Vancouver Regional District, but there were other implications. Most of the seniors were working on the farms; there are 20,000 or 22,000 South Asian people working in the agricultural sector. About 10,000 are in the greenhouses or hothouses, and another 10,000 work outside in the fields. They are mostly seniors. Those seniors are dependents of their sons and daughters. They came under the Family Relations Act. They are

provinciale, ainsi que le rôle actif du secteur bénévole. Ainsi, la recommandation qui découle du rapport au chapitre de l'approvisionnement convenable en ressources du secteur bénévole est très bien accueillie et appuyée.

Madame la présidente et honorables membres du comité sénatorial, au nom des communautés avec lesquelles nous travaillons, j'aimerais vous remercier encore une fois de m'avoir donné l'occasion de venir témoigner devant le comité.

La présidente : Merci beaucoup.

Charan Gill, chef de la direction, Progressive Intercultural Community Services Society : Bonjour, madame la présidente et honorables sénateurs. Je vais seulement parler avec mon cœur. Je n'ai pas de mémoire écrite. J'ai participé à beaucoup, beaucoup de rapports. Ce sac est rempli de rapports qui datent des cinq ou dix dernières années, mais comme vous l'avez dit, vous n'avez pas vraiment vu beaucoup d'action. La machine gouvernementale est assez lente; c'est un processus qui bouge lentement et prend beaucoup de temps, et lorsque quelque chose arrive, les problèmes prolifèrent.

Je suis le fondateur de la Progressive Intercultural Community Services Society, ou PICS. Je suis travailleur social de profession, et j'ai ressenti le besoin dans la collectivité. J'ai aussi constaté qu'il existait une lacune considérable au chapitre des services. Il faut la combler. Il faut répondre aux besoins qui naissent dans les nouvelles collectivités, mais celles-ci sont en butte à des problèmes. La raison, c'est que nous n'avons pas l'expertise nécessaire pour rédiger des soumissions; nous n'avons pas le savoir-faire. Même si moi, en tant que travailleur social, j'ai certaines connaissances, toute la communauté n'a pas accès à cette voie, parce que l'expertise de reconnaître les besoins fait défaut.

Lorsque j'allais visiter dans les foyers pour personnes âgées, les aînés de l'Asie du Sud étaient placés dans un coin. Dans chaque centre communautaire, il y avait toujours une ou deux personnes qui étaient très malheureuses. Les services adaptés à la culture n'existaient pas, et les gens n'avaient pas accès aux aliments qu'ils avaient l'habitude de manger depuis 60 ou 70 ans. Les repas étaient complètement différents; ils étaient européens, et ils n'y étaient pas habitués. Peu d'employés étaient bilingues, et ils ne pouvaient même pas communiquer.

Sensible à tous ces besoins, il y a environ 20 ans, j'ai lancé cet organisme avec huit amis qui ont fourni 10 \$ chacun, pour un total de 80 \$, et j'étais le seul employé. Maintenant, 20 ans plus tard, nous avons un effectif de plus de 100 personnes, et nous avons de nombreuses ressources et organisations comme MOSAIC et S.U.C.C.E.S.S. Nous offrons le même genre de services aux immigrants.

De plus, je me suis adonné à l'agriculture biologique. Nous nous sommes procuré 20 acres de terre du district régional de Vancouver, mais ça ne s'arrêtait pas là. La plupart des personnes âgées travaillaient dans le secteur agricole, qui compte de 20 000 à 22 000 Asiatiques du Sud. Environ 10 000 d'entre eux travaillent dans des serres ou des serres chaudes, et 10 000 travaillent à l'extérieur dans les champs. Ce sont des aînés pour la plupart. Ces aînés dépendent de leurs enfants. Ils sont venus au Canada en

not eligible for any other services for 10 years, so they are forced to work even at age 65 or 70, and for many years those people have been exploited because they do not know the language, they do not know their rights, they do not know their responsibilities.

We have a specialized program for agricultural workers. We provide rights and responsibilities workshops. We train people in other things, like through ELSA and programs we have, a similar kind of program to S.U.C.C.E.S.S. and MOSAIC.

PICS is a new organization. It may not have that many programs, but it is a similar kind of outfit, trying to serve the needs of immigrants in the multicultural community. Our focus is on the seniors now. We have lots of programs, including agricultural workers programs, and also for seniors; most of them are for seniors.

Knowing this need, we started about eight years ago. The most difficult part was to buy land. I had to raise \$1 million to buy land, and it was hard to establish credibility, respectability and trust that I would not run with the money. It was not easy to convince the community members, who always feel that most people here are for money and do not agree with the collective benefit of the community. I was one of those people with feet in each community. I pressured them, I tried to work with them, and I told them I mean business; we want to do that.

In 1998 we bought a piece of land, but it was very tough. We had very sleepless nights when we could not meet the mortgage payments. Finally, after putting 10 per cent down, we bought two and a half acres.

We also have a future plan to have seniors' housing and assisted living. We had the plan from day one when we bought this land. There were many seniors within the 10-year period who may be working. Some people had heart attacks, and some had disabilities, and then they are really stuck. They have a tough time.

The values are not the same as they used to be in the old country, where the children will look after their parents. Some children have gone to New York, Toronto, somewhere else — wherever the jobs are. The seniors are left over here. Those seniors are in dire need. They cannot claim any social services. If they do claim social services, what will happen? Now the governments, federal and provincial, will go after their sponsors, who are not rich people, who are working at \$10 to \$12 jobs. Some people have got money, \$30,000 or \$40,000; then the bill goes back to their sponsors, and it is very tough on their family, causing lots of stress and strain and actually pressuring some family members. Families get separated because of this pain and all the payments they could not make. The Government of British Columbia

vertu de la Family Relations Act. Ils ne sont pas admissibles à d'autres services pour les dix prochaines années, donc ils sont contraints de travailler, même à l'âge de 65 ou de 70 ans, et pendant bien des années, ces gens ont été exploités, car ils ignorent la langue, et ils ignorent leurs droits et ils ignorent leurs responsabilités.

Nous avons un programme spécialisé réservé aux travailleurs agricoles. Nous tenons des ateliers sur les droits et les responsabilités. Nous formons les gens dans d'autres domaines, comme par l'entremise d'ELSA et de programmes que nous avons, un peu comme S.U.C.C.E.S.S. et MOSAIC.

PICS est un nouvel organisme. Nous n'offrons pas un grand nombre de programmes, mais c'est une entité semblable, qui se consacre à combler les besoins des immigrants dans les communautés multiculturelles. Nous nous concentrons actuellement sur les aînés. Nous avons beaucoup de programmes, y compris des programmes pour les travailleurs agricoles, et aussi pour les aînés; la plupart sont destinés aux aînés.

Sensibles à ce besoin, nous avons commencé il y a environ huit ans. La tâche la plus difficile, c'était d'acheter un terrain. J'ai dû recueillir un million de dollars pour acheter une terre et j'ai eu du mal à établir ma crédibilité, à inspirer le respect et la confiance nécessaires pour qu'on ne craigne pas que je me sauve avec l'argent. Ça n'a pas été facile de convaincre les membres des communautés, qui ont souvent l'impression que la plupart des gens ici ne vivent que pour l'argent, et ne sont pas d'accord avec le principe de l'avantage collectif de la communauté. J'étais l'une de ces personnes qui avaient un pied dans chaque communauté. Je les pressais, et j'essayais de travailler avec elles, et je leur ai dit que je parlais sérieusement; que c'était vraiment ce que nous voulions faire.

En 1998, nous avons acheté un lopin de terre, mais c'était très difficile. Nous avions beaucoup de mal à dormir la nuit, car nous ne pouvions payer les versements hypothécaires. Enfin, après avoir fait un versement initial de 10 p. 100, nous avons acheté deux acres et demie.

Nous avons aussi l'intention de fournir des logements aux aînés et des logements avec assistance. Notre plan date du moment où nous avons acheté cette terre. Beaucoup d'aînés visés par la période de dix ans pouvaient travailler. Certains ont eu des crises cardiaques, d'autres étaient atteints de handicaps, et à ce moment-là ils sont vraiment pris au piège. Ils passent de durs moments.

Les valeurs ne sont pas les mêmes que dans leur pays d'origine, où les enfants s'occupent de leurs parents. Certains enfants sont déménagés à New York, à Toronto ou je ne sais où — ils suivent les emplois. Les aînés restent ici. Les besoins de ces personnes sont criants. Elles ne peuvent pas demander de services sociaux. Si elles le font, que se passera-t-il? Eh bien, les gouvernements fédéral et provincial vont retracer leurs répondants, qui ne sont pas des gens riches, qui travaillent à un salaire de 10 ou 12 \$ l'heure. Certains d'entre eux ont de l'argent, 30 000 ou 40 000 \$; alors c'est à eux que revient la facture, et c'est très dur pour la famille, cela cause beaucoup de stress et de tension et place vraiment un fardeau sur certains membres de la famille. Des familles se séparent à cause de cette douleur, et de tous les remboursements qu'ils ne peuvent pas

put a lien on their homes. The government claims they want \$40 million, which they paid, and they recovered about \$5 million. They still claim that they will take all the money or put a lien on the homes. That is what is happening.

We have two homes. One is for living, which we started first. There was so much need by people who are in farm work, people who are paying. All the immigrants have very low wages. Only people who worked in the sawmill industry at a time were making \$18 to \$20 an hour. Now that industry is going downhill. The majority of seniors were janitors or farm workers or doing entry jobs, security guards and the like. It is extremely difficult for those people, when there is a small pension, to live anywhere. They were living in basements or in cars, or going to Sikh temples to eat the food over there and then go home.

Their children cannot look after them because they are no longer here. The values are in transition. It is not the same as in the old country. There is change, and the parents tell me the kids are not the same. They think, like in the old country, that the children will work outside and bring the head of the family money; but they might take the money from the head of the family now.

Another abuse occurring in the community is financial abuse. They take the pension cheques away. They make them work as a babysitter, and they do not have the fundamentals of babysitting. Sometimes they do not even know how to dial 911 in case of emergency. At one time we put together a course for one year. We got a little money to train seniors how to look after grandchildren. That program ended because, as I said, the government did not think it was worthwhile to put money into the seniors. That was a valuable program, because many of the seniors' children can go to work and leave the kids at home with trained parents, so we did that.

Out of the first supported-living situation, we now have 450 people on the waiting list, and there is no hope in the next 10 years, before they go out of this world, that they will have a chance to have a place there. Unfortunately, the government is not planning any more money to give to supported living. They are putting more money into assisted living or long-term care.

Long-term care is a fiasco. I have done some surveying, and I know that many people are stuck in hospitals and in long-term care facilities. If they are given proper care, some people we have taken back in the assisted living, and they became so happy and so good that they started working. They did not work before. I think they will live a couple of years more than they anticipated when they came to us. It makes a hell of a difference when people

faire. Le gouvernement de la Colombie-Britannique grève leur maison. Le gouvernement revendique les 40 millions de dollars qu'il a versés, mais il n'en a recouvré que cinq environ. Il déclare toujours qu'il a l'intention de percevoir la somme totale ou grever les maisons. C'est ce qui arrive.

Nous avons deux foyers. Celui que nous avons lancé en premier sert à l'hébergement. Il y avait un besoin important chez les gens qui travaillent dans les fermes, des gens qui paient. Tous les immigrants touchent un salaire très modeste. Seuls les gens qui travaillaient dans l'industrie du bois de sciage à l'époque gagnaient entre 18 et 20 \$ l'heure. Maintenant, cette industrie est en déclin. La plupart des aînés étaient concierges ou travailleurs agricoles ou occupaient des postes au bas de l'échelle, comme gardien de sécurité. Ces gens ont beaucoup de mal, avec une petite pension, à vivre n'importe où. Ils vivaient dans des sous-sols ou dans des voitures, et se rendaient dans des temples sikhs pour y manger, puis repartaient chez eux.

Leurs enfants ne peuvent pas en prendre soin, parce qu'ils ne sont plus là. Les valeurs changent. Ce n'est pas la même chose que dans le pays d'origine. Les choses changent, et les parents me disent que les enfants ne sont plus les mêmes. Ils croient que, comme dans le pays d'origine, les enfants travailleront à l'extérieur et ramèneront l'argent au chef de famille; tandis que, maintenant, ce seront peut-être les enfants qui prendront l'argent du chef de famille.

Une autre forme d'exploitation dans la collectivité est l'exploitation financière. On enlève le chèque de pension à l'aîné. On le fait travailler comme gardien, alors qu'il ne connaît même pas les rudiments du gardiennage. Parfois, l'aîné ne sait même pas comment composer le 911 en cas d'urgence. À une époque, nous avons conçu un cours pendant une année. Nous avons obtenu un peu d'argent pour former les aînés à prendre soin de leurs petits-enfants. Ce programme s'est terminé, parce que, comme je l'ai dit, le gouvernement ne jugeait pas qu'investir dans la situation des aînés en valait le coup. Le programme était précieux, car dans bien des cas, les enfants de ces aînés peuvent aller travailler et laisser les enfants à la maison avec des grands-parents formés; c'est pourquoi nous l'avons fait.

Il y a maintenant sur la liste d'attente 450 personnes qui veulent profiter de notre premier service d'aide à la vie autonome, et ils n'ont aucune chance d'avoir une place pour les dix prochaines années, avant qu'ils quittent ce monde. Malheureusement, le gouvernement n'a pas l'intention d'injecter plus d'argent dans l'aide à la vie autonome. Il affecte plutôt des fonds au logement avec assistance ou aux soins de longue durée.

Les soins de longue durée sont un fiasco. J'ai fait ma petite enquête, et je sais que bien des gens sont confinés dans des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée. Si on leur donne les soins adéquats — nous avons repris certaines personnes dans nos logements avec assistance, et leur moral est tellement bon et ils se sont sentis si bien qu'ils ont commencé à travailler. Ils ne travaillaient pas avant. Je crois qu'ils vivront quelques années

talk to them in their own language, listen to them, listen to their poetry or listen to any songs or whatever and also celebrate some of the festivals with them.

We see the difference; we see so much difference in the people who were in isolation, living in seniors' homes, in the Caucasian homes, as we call them, or any other home, because they were the only few people. Now they try to meet each other, and they talk to each other.

We also put together assisted living. This year it started, and it is about 60 per cent full with more people coming gradually. We see huge differences, even in the long-term care people coming here. We took three people from long-term care into assisted living, and now they are very different. They did not need long-term care, actually; they needed assisted living. Those are the practical experiences I have with other people.

Many people go out to the parks, as they have nowhere to go; recreation places are minimal. The government does not plan any recreational activities or places for seniors. They sit in parks, 10 or 12 people, and play cards there. Sometimes, in isolation, they go to washrooms; in Bear Creek Park, two seniors were murdered by young people. I do not know, I do not want to say it is racist. They robbed them; they did not have to kill them, but they did. Two seniors were killed two years ago. So many seniors are insulted and abused on the roads because they have no place. Sometimes they sit in shopping malls, sometimes in public parks. Those are the situations we see every day.

Because of the family reunification program, I believe there are over 8,000 seniors in the Lower Mainland, but there is no place to go. The one place we have is behind the Sikh centre; they play cards and stuff and congregate in the Sikh temple and talk and eat there. That is the main social place for them to go and talk to each other.

Sometimes I ask people why, when they make \$4 or \$5 an hour, they work on the farms. They say that because they came from a tropical country they have never stayed in the home. They say glass is jail at home. They want to socialize outside more than what they have learned. They will talk about the villages and their life back there. Also, even making \$4 or \$5, they do not want to put a burden on their children. In the meantime, they go out and socialize. They do not want to sit at home.

The major issue is for more resources for seniors around language, so that they can go on buses and the SkyTrain and say something, or know how to call 911 in case of emergency. We see those needs are not met, so that is where we are at.

de plus qu'ils l'auraient pensé au moment où ils sont arrivés chez nous. Cela fait toute une différence lorsque les gens leur parlent dans leur propre langue, les écoutent, écoutent leurs poèmes ou leurs chansons, peu importe, et fêtent certains des festivals avec eux.

Nous voyons la différence; nous voyons une telle différence chez les gens qui étaient isolés, qui vivaient dans des foyers pour personnes âgées, les établissements européens, comme nous les appelons, ou dans d'autres foyers, car ils n'étaient pas comme les autres. Maintenant, ils tentent de se rencontrer, et se parlent entre eux.

Nous avons aussi mis sur pied un établissement de logement avec assistance. On l'a lancé cette année, et il est rempli à 60 p. 100, et d'autres gens arrivent graduellement. Nous voyons des différences colossales, même chez les gens qui arrivent des établissements de soins de longue durée. Nous avons pris trois personnes des établissements de soins de longue durée dans nos logements assistés, et elles ont beaucoup changé. Elles n'avaient pas besoin de soins de longue durée, vraiment; elles avaient besoin de logement avec assistance. Voilà l'expérience que j'ai avec d'autres gens.

Bien des gens vont dans les parcs, parce qu'ils n'ont nulle part où aller; les sites récréatifs sont rares. Le gouvernement ne planifie pas d'activités récréatives ni d'endroits réservés aux aînés. Ils s'installent dans les parcs, dix ou 12 personnes, et jouent aux cartes. Parfois, lorsqu'ils sont isolés, ils vont dans des toilettes publiques; à Bear Creek Park, deux aînés ont été assassinés par des jeunes. Je ne sais pas, je ne veux pas dire que c'est causé par le racisme. On les a volés; il n'était pas nécessaire de les tuer, mais c'est ce qu'on a fait. Deux aînés ont été tués il y a deux ans. Il y a tellement d'aînés qui sont insultés et maltraités dans les rues, parce qu'ils n'ont pas d'endroit où aller. Parfois, ils s'installent dans les centres commerciaux, parfois dans des parcs publics. Nous voyons ces situations chaque jour.

En vertu du programme de réunification des familles, je crois qu'il y a plus de 8 000 aînés dans le Lower Mainland, mais ils n'ont nulle part où aller. Le seul endroit se trouve derrière le centre sikh; ils jouent aux cartes, par exemple, et se rassemblent dans le temple sikh pour parler et manger. Voilà le principal lieu social où ils peuvent aller et se parler.

Parfois, je demande aux gens pourquoi, s'ils gagnent 4 ou 5 \$ l'heure, ils travaillent dans les fermes. Ils répondent que, venant d'un pays tropical, ils ne sont jamais restés à la maison. Des fenêtres de verre sont une prison. Ils veulent rencontrer des gens à l'extérieur pour en apprendre plus. Ils parlent de leur village et de leur vie dans leur pays d'origine. De plus, ils jugent que même un salaire de 4 ou 5 \$ l'heure contribue à réduire le fardeau qu'ils placent sur leurs enfants. Ce faisant, ils sortent et établissent des relations. Ils ne veulent pas rester assis chez eux.

Il est important d'accroître les ressources linguistiques réservées aux aînés, pour qu'ils puissent prendre l'autobus et l'aérotrain et dire quelque chose, ou savoir comment composer le 911 en cas d'urgence. Nous voyons que ces besoins ne sont pas comblés, alors voilà où nous en sommes.

We are just starting. We would like to do some more for people in Abbotsford. There are lots of seniors in Richmond and they want more recreational resources where they can get together and talk about things.

Absolutely, health education is very important for seniors, because sometimes they go to the doctor because there are people they can talk to there. They do not need to go to doctors or emergency hospitals if we give them basic exercises and some basic education on what to do, but those programs are not there. I hope the government will look into those programs where seniors can be activate. There are very small programs coming in, but that is not good enough. As I said, the machinery is so slow, they will probably triple up, you know, before they come to their attention. In the meantime, they are always behind.

Those are the issues for the South Asian community, where I work mostly. In the multicultural community, I see that the smaller communities, like the Filipinos, have no resources, so we are opened up to everybody. We have Filipino people living there, we have people from Sri Lanka, all kinds of other people living there, because of a lack of the social part of the community opening up those resources to them. They do not have any agencies, because it is not easy to start an agency.

I know, I started one. It is very difficult, and you need to work 10 or 12 hours a day. You need to get respectability in the community, as a leader of the community, as a spokesperson for the community on those issues, and it took me 20 years. Now I think I have got it after 20 years; they are helping me and supporting me.

Thank you for listening to us and our issues. I really appreciate your coming here. I hope there will not be another report; there are very good reports — I have four or five of them. I think there will be some action.

The Chair: Well, you have three senators at the table who will insist on some action.

Alice Choi, Administrator, S.U.C.C.E.S.S.: Thank you very much for giving me the opportunity to appear before the committee. I will try to be brief with my presentation. I will be repeating some of the issues, and the theme will be more or less the same as the previous speakers.

To answer Madam Chair's question, S.U.C.C.E.S.S. represents United Chinese Community Enhancement Services Society. I joined S.U.C.C.E.S.S. in 2001. It took me three years to memorize that, but I still have that in front of me in case I get stuck.

S.U.C.C.E.S.S. was incorporated in 1973, so our thirty-fifth anniversary is coming up. It started as a social service, providing settlement services for immigrants, including women's and health issues, employment counselling and group and community development. Back in 1989 there was a group of enthusiastic board members who saw a need to create or to build a culturally

Nous ne faisons que commencer. Nous aimerions en faire davantage pour les gens d'Abbotsford. Il y a beaucoup d'ainés à Richmond, et ils ont besoin de plus de ressources récréatives qui leur permettront de se rassembler et de parler.

Certes, l'éducation sanitaire est très importante pour les aînés; parfois, ils vont chez le médecin, parce qu'ils peuvent parler à des gens là-bas. Ils n'ont pas besoin de consulter un médecin ou de se rendre à l'urgence si nous faisons avec eux des exercices et leur offrons une éducation rudimentaire pour leur montrer quoi faire, mais ces programmes ne sont pas en place. J'espère que le gouvernement songera à mettre ces programmes en place pour que les aînés puissent en profiter. Il y a de très modestes programmes qui s'établissent, mais ce n'est pas assez. Comme je l'ai dit, la machine est tellement lente, leur nombre pourrait probablement tripler, vous savez, avant d'attirer l'attention du gouvernement. En attendant, il est toujours en retard.

Voilà les problèmes qui affligent la communauté de l'Asie du Sud, avec laquelle je travaille principalement. Dans la communauté multiculturelle, je vois que les communautés plus petites, comme celle des Philippins, n'ont pas de ressources, alors nos portes sont ouvertes à tout le monde. Des Philippins vivent chez nous, et nous hébergeons aussi des Sri Lankais et encore beaucoup d'autres, à cause de la négligence du secteur social de la collectivité à leur donner accès à ces ressources. Il n'existe pas d'organismes, car c'est très difficile à mettre sur pied.

Je sais, j'en ai lancé un. C'est très difficile, et il faut travailler de dix à 12 heures par jour. Il faut gagner le respect de la communauté, en tant que leader, pour jouer le rôle de porte-parole de la communauté sur ces questions, et j'ai mis 20 ans à le faire. Maintenant, je crois que j'ai compris après 20 ans; la communauté m'aide et m'appuie.

Merci d'avoir écouté nos observations et nos problèmes. Je vous suis très reconnaissant de vous être rendus ici. J'espère qu'il n'y aura pas un autre rapport; il en existe de très bons — moi, j'en ai quatre ou cinq. Je crois qu'il y aura de l'action.

La présidente : Eh bien, il y a ici trois sénateurs qui insisteront pour qu'il y ait de l'action.

Alice Choi, administratrice, S.U.C.C.E.S.S. : Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de venir témoigner devant le comité. Je tenterai de faire en sorte que mon exposé soit bref. Je vais répéter certains des problèmes, et les thèmes seront plus ou moins semblables à ceux des témoins précédents.

Pour répondre à la question de madame la présidente, S.U.C.C.E.S.S. est un acronyme pour United Chinese Community Enhancement Services Society. Je me suis jointe à l'équipe S.U.C.C.E.S.S. en 2001. J'ai mis trois ans à mémoriser ce que signifie l'acronyme, mais je l'ai toujours devant moi au cas où j'oublierais.

S.U.C.C.E.S.S. a été établi en 1973, donc nous fêterons bientôt notre 35^e anniversaire. D'entrée de jeu, c'était un service social qui offrait des services d'établissement aux immigrants, y compris des services aux femmes et en matière de santé, du counselling d'emploi et des services de développement pour les groupes et les communautés. En 1989, un groupe de membres du conseil

appropriate care home for Chinese seniors, so they started lobbying, trying to talk with different levels of government. Eventually, in 2001, the first Chinese seniors' home was established in Chinatown. That was the point at which I joined the society.

I will not talk too much about the evolution of seniors' health and housing services in British Columbia, because I have got that in my submission, but I think the campus of care is really the thing in British Columbia now. We are looking at forming communities in order to follow the concept of aging in place. We have different levels of services within the campus, so that people can move from one program to the other when they need changes without leaving the community.

Since 2001, the S.U.C.C.E.S.S. multi-level care society has established a care home right in Chinatown, serving the Chinese seniors. We have 103 beds; of those, 21 beds are for dementia care. Attached to the care home, we established an adult-based centre in 2003, again to serve the Chinese seniors. We take in referrals from all over Vancouver; the centre is not restricted to Chinatown but serves people from West Vancouver, the University of British Columbia, East Vancouver and so on. Again, it is the only centre we have established that speaks the language, so that when we carry out programs, it is easier. In 2006, we established 33 beds of assisted living in one of the high-rise buildings right next to the care home.

With the three programs we have in place, in 2006 Vancouver Coastal Health declared us a campus of care, which means that any of our seniors who have changing care needs will be able to move from one program to the other. As I speak today, we already have a number of assisted living clients who are deteriorating, but they have the first priority to move into the care home so that they will still be within the same community. That will reduce relocation stress, and it is good for the family and also for the residents who are able to stay in the same community.

We also have many community programs. We go to radio shows, to different organizations, to seniors' groups in the community to talk about health and so on, and we also work with the other societies to provide the Chinese Meals on Wheels programs for seniors in Vancouver, Richmond and Burnaby. The mandate of our society is really to provide a continuum of health services. Our mandate is not limited to complex care or long-term care, but we want to look at the whole continuum of serving seniors until the day they leave this world, which includes hospice care, too.

enthousiastes ont perçu le besoin de créer une maison de santé culturellement pertinente pour les aînés chinois, donc ils ont commencé à faire des pressions politiques et à parler avec différents ordres du gouvernement. Enfin, en 2001, le premier foyer pour personnes âgées chinois a été établi dans le Chinatown. C'est à ce moment que je me suis jointe à la société.

Je ne parlerai pas beaucoup de l'évolution des services de santé et de logement pour les aînés en Colombie-Britannique, car ces renseignements sont compris dans mon mémoire, mais je crois que le centre de soins est la mesure par excellence en Colombie-Britannique en ce moment. Nous songeons à former des collectivités pour qu'elles mettent en œuvre le principe du vieillissement chez soi. Il existe différents niveaux de service offerts par le centre, alors les gens peuvent passer d'un programme à un autre à mesure que leurs besoins changent sans quitter la communauté.

Depuis 2001, la société de soins à niveaux multiples S.U.C.C.E.S.S. a établi une maison de santé pour les aînés chinois au cœur de Chinatown. Nous avons 103 places; de ce nombre, 21 places sont réservées aux personnes atteintes de démence. Nous avons établi un centre pour adultes en 2003, qui se rattache à la maison de santé, encore une fois pour servir les aînés chinois. Nous accueillons des gens qui ont été aiguillés depuis tous les coins de Vancouver; le centre ne se limite pas au Chinatown, il sert des gens de Vancouver-Ouest, de l'Université de la Colombie-Britannique, de Vancouver-Est et ainsi de suite. Encore une fois, c'est le seul centre que nous avons établi qui offre ces services en chinois; ainsi, lorsque nous exécutons nos programmes, c'est plus facile. En 2006, nous avons établi 33 logements avec assistance dans l'une des tours situées juste à côté de la maison de santé.

Grâce aux trois programmes que nous avons établis, en 2006, Vancouver Coastal Health nous a déclaré un centre de soins, ce qui signifie qu'un aîné profitant de nos services dont les besoins changent en matière de soins pourra passer d'un programme à un autre. À l'heure actuelle, il y a déjà un certain nombre de nos clients dans les logements avec assistance qui voient leur état se détériorer, mais c'est eux qui ont la priorité pour s'installer dans la maison de santé, afin qu'ils demeurent dans la même communauté. Cela vise à réduire le bouleversement causé par le déménagement, et c'est bon pour la famille ainsi que pour les résidents, qui peuvent demeurer dans la même communauté.

Nous avons également beaucoup de programmes communautaires. Nous participons à des émissions radiophoniques, nous nous rendons chez différents organismes, dans des groupes d'aînés dans la communauté pour parler, entre autres, de la santé, et nous travaillons aussi avec les autres sociétés pour offrir un programme de popote roulante chinois pour les aînés à Vancouver, à Richmond et à Burnaby. Notre société a pour mandat de réellement offrir un continuum de services de santé. Notre mandat n'est pas limité aux soins complexes ou à long terme; au contraire, nous voulons que nos services englobent tout le continuum des services aux aînés, jusqu'au jour où ils passeront dans l'autre monde, ce qui inclut également les soins palliatifs.

At this point I want to talk about what we mean by “cultural appropriateness.” For us, for our society, for our staff, it does not mean that we only have the staff to speak the language and we provide a traditional meal. I suspect a lot of people think that way, but we want to cultivate an organizational culture that respects the uniqueness of the seniors we serve. We tell the seniors who come to the care home that the care home is not the place for you to come and die; the care home is the place for you to come and live, and live with purpose and meaning. We try to create that kind of a culture with all our staff, our volunteers, our board, our community partners, so that the residents who come into our care home in any of our programs have a purpose for coming in there. We have tried to cultivate that kind of culture ever since we started the multi-level care society, when we opened the home in 2001. We carried that philosophy in all our programs, and we see tremendous progress, and not only because we have people who speak the language or we provide them with a Chinese meal. It is the climate of love and respect that we have in our programs that makes residents want to live and be more independent, and to live longer. That is the point of trying to create hope in their life.

Also, I think respecting the traditional values of the group that we serve is very important. When we say “cultural appropriateness,” people think we only do that for the Chinese, but that is not so. In our programming in Richmond we have a 50-bed assisted living, and we serve two populations, a Chinese population and a non-Chinese population. We have a Western menu and a Chinese menu, and we respect the traditional values of both groups we serve. We celebrate not only the traditional festivities of the Chinese but also the Irish St. Patrick’s Day and St. Valentine’s Day and Chinese New Year. Even in our care home, which serves only the Chinese seniors, we do make sure that they are still connected with the main community by celebrating not only Chinese New Year but also Christmas. We double everything when we do our activity programming.

Respecting the culture and traditional values of the seniors we serve is what I mean by cultural appropriateness; and we do that not only for the Chinese but for the Filipinos, the Irish, whoever. We always have to have that component of the person in place. We look at the person as the culture, because every individual has their own journey, their own life history, and you have to put all of that together in order to give culturally appropriate care. By doing that we develop trust, and it is important for the seniors to feel safe, not just physically but psychologically. Having a culturally appropriate environment creates a sense of security and affects the physical and mental state of the person in a lot of ways.

Maintenant, j’aimerais parler de ce que nous entendons par « pertinence culturelle ». Pour nous, pour notre société, pour notre personnel, la définition ne se limite pas au fait que tout notre personnel parle la langue et que nous offrons un repas traditionnel. Je suppose que beaucoup de monde pense de cette façon, mais nous voulons entretenir une culture organisationnelle qui tient compte du caractère distinct des aînés que nous servons. Nous disons aux aînés qui viennent à nous que notre maison de santé n’est pas un endroit où mourir; c’est un endroit où vivre des jours significatifs et cultiver sa raison d’être. Nous tentons de créer ce genre de culture chez notre personnel, nos bénévoles, notre conseil et nos partenaires communautaires pour que les résidents qui viennent s’établir dans notre maison de santé, dans le cadre de tout programme, aient une raison de venir. Nous avons tenté de favoriser ce genre de culture dès que nous avons mis sur pied notre société de soins à niveaux multiples, lorsque nous avons ouvert nos portes en 2001. Nous avons implanté cette philosophie dans tous nos programmes, et nous voyons des progrès énormes, et ceux-ci ne sont pas seulement attribuables au fait que les gens parlent la langue ou que nous offrons des repas chinois. Cela tient au climat d’amour et de respect qui caractérise nos programmes et qui fait en sorte que les résidents veulent vivre et être autonomes, plus longtemps. C’est pourquoi nous tentons de semer l’esérance dans leur vie.

De plus, je crois que le respect des valeurs traditionnelles du groupe que nous servons est très important. Lorsque je parle de « pertinence culturelle », les gens pensent que nous le faisons seulement pour les Chinois, mais ce n’est pas le cas. Dans nos programmes à Richmond, nous offrons 50 logements avec assistance, et nous servons deux populations, une population chinoise et une population non chinoise. Nous offrons un menu occidental et chinois, et nous respectons les valeurs traditionnelles des deux groupes que nous servons. Nous célébrons non seulement les festivités traditionnelles chinoises, mais aussi la Saint-Patrick irlandaise, la Saint-Valentin et le Nouvel An chinois. Même dans notre maison de santé, qui ne sert que les aînés chinois, nous nous assurons qu’ils entretiennent des liens avec la collectivité en célébrant non seulement le Nouvel An chinois, mais aussi Noël. Nous tenons compte des deux cultures lorsque nous programmons les activités.

Le respect de la culture et des valeurs traditionnelles des aînés que nous servons est ce que j’entends par pertinence culturelle; et nous ne le faisons pas seulement pour les Chinois, mais nous le faisons aussi pour les Philippins, les Irlandais, tout le monde. Il faut entretenir cette composante de la personne. Nous abordons la personne dans sa culture, parce que tout le monde a fait un cheminement distinct, possède une histoire propre, et il faut coller tous les morceaux pour offrir des soins culturellement pertinents. Ainsi, nous faisons naître la confiance, et c’est important que les aînés se sentent en sécurité, pas seulement sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychologique. Un environnement culturellement pertinent crée un sentiment de sécurité et influe sur l’état physique et mental de la personne de beaucoup de façons.

I will not burden you a lot with statistics Toronto has the biggest population of Chinese immigrants, and next is Vancouver. We are most concerned with the areas around Vancouver and Richmond, where we have a very large population of Chinese immigrants and the seniors are aging fast.

In 2007, the City of Vancouver did a study on the needs of Chinese seniors who were living in buildings around the Chinatown area. They interviewed about 1,700 seniors and found that only 0.3 per cent of them could speak a little English. The language barrier is the major thing. Because of the language barrier, they were not able to access services or did not have any knowledge of the services available to them.

Most of the seniors are in subsidized housing with no support at all, and this group of seniors in Vancouver are aging fast. They are the first generation of immigrants, and they are approaching their eighties and nineties. The Vancouver area has the older population; in Richmond, the seniors are a bit younger so the problem there is not as imminent as in Vancouver.

The people living in this subsidized housing now have no support in place and have a language barrier, and I am afraid that if we do not do anything now, in 10 years' time this group of people will collapse the health care system, because they will age and be frail so fast that they will be accessing the system at a very fast pace. The study was done, but, again, there are many reports, but I do not see any action.

Funding is a big issue because in order to have support in these places, you need the collaboration of many agencies and different levels of government in order to put these programs in place.

Around the Chinatown area there are about 11 subsidized apartment buildings and 714 units. Most of them are occupied by Chinese seniors. There is an urgent need in that area for health education and to have people there to help the seniors navigate the health care system. When there is any health need, the seniors do not know how to access or navigate the system, and they have no way of getting there.

Although the problem is not as imminent in Richmond now, when we looked at the housing and the assisted living and complex care bed situation in Richmond, we found none that are really culturally appropriate. We have enough long-term care beds for the Chinese seniors; if the need is there, they will be able to access the beds. However, the component of cultural appropriateness is important for their well-being. When you get to be 80 years old, you cannot learn to speak another language. People ask me how the seniors are integrating in our assisted living in Richmond, but I tell them, "They do not integrate; it is co-habitation. You try to learn." I think there is an advantage to that, because they learn to respect each other's culture. Living together, they start to learn about each other, and I am happy to report that they are living together very peacefully. It is interesting

Je ne vais pas vous ennuyer avec trop de statistiques, mais Toronto regroupe la plus grande population d'immigrants chinois, et Vancouver arrive au deuxième rang. Nous sommes surtout préoccupés par les régions avoisinant Vancouver et Richmond, qui possèdent une très grande population d'immigrants chinois, et le phénomène du vieillissement se propage rapidement.

En 2007, la Ville de Vancouver a mené une étude portant sur les besoins des aînés chinois qui vivaient dans des immeubles aux alentours du Chinatown. On a interviewé environ 1 700 aînés et on a constaté que seulement 0,3 p. 100 se débrouillaient un peu en anglais. L'obstacle linguistique est le principal problème. À cause de cet obstacle, ils ne sont pas en mesure d'accéder aux services et ignorent les services qui leur sont offerts.

La plupart des aînés vivent dans des logements subventionnés et ne profitent d'aucun soutien, et le phénomène du vieillissement chez ce groupe d'aînés à Vancouver gagne rapidement du terrain. Il s'agit de la première génération d'immigrants, et ils auront bientôt 80 ou 90 ans. La région de Vancouver détient la population la plus âgée; à Richmond, les aînés sont un peu plus jeunes, donc le problème n'est pas aussi urgent qu'à Vancouver.

Les personnes qui vivent dans ces logements subventionnés à l'heure actuelle ne profitent d'aucun soutien et sont aux prises avec un obstacle linguistique, et j'ai peur que si nous ne faisons rien maintenant, dans dix ans, ce groupe paralysera le système de soins de santé, parce qu'il vieillira et deviendra frêle si rapidement qu'il tombera très vite entre les mains du système. On a mené l'étude, mais encore une fois, bien que beaucoup de rapports aient été rédigés, je n'ai pas vu d'action.

Le financement est un grand problème, car pour mettre en place des mesures de soutien à ces endroits, il faut la collaboration de beaucoup d'organismes et de différents ordres de gouvernement.

Aux alentours du Chinatown, il existe environ 11 immeubles à appartements subventionnés, et 714 appartements. La plupart sont occupés par des aînés chinois. Cette région éprouve un besoin criant pour un service d'éducation en santé et d'aide aux aînés pour qu'ils puissent cheminer dans le système de soins de santé. Lorsqu'ils ont un besoin en santé, les aînés ne savent pas comment accéder au système ni comment cheminer dans ce contexte, et ils n'ont aucune manière d'y arriver.

Même si le problème n'est pas aussi urgent à Richmond actuellement, lorsque nous avons regardé le contexte du logement, le logement avec assistance et le nombre de places dans des établissements de soins complexes à Richmond, nous avons constaté que rien n'était très culturellement pertinent. Nous avons assez de places dans les établissements de soins à long terme pour les aînés chinois; si le besoin est là, ils pourront accéder à ces places. Toutefois, le facteur de la pertinence culturelle est très important pour leur bien-être. Lorsque vous atteignez l'âge de 80 ans, vous ne pouvez pas apprendre une autre langue. Les gens me demandent comment les aînés s'intègrent dans nos logements avec assistance à Richmond, mais je leur réponds : « Ils ne s'intègrent pas; c'est de la cohabitation. On essaie d'apprendre. » Je crois qu'il y a un avantage à cela, car ils apprennent à respecter

for them to learn about each other's culture and customs. We cannot ask them to learn to integrate and learn another language and be part of the melting pot system. We need to have more education about how to respect each other's culture and try to live together.

Going back to the campus of care, I think it is very important to have culturally appropriate care for the seniors who are here today. Maybe when I am older, I will be able to integrate quite well. I have been in Canada for 35 years. However, for the seniors who are aging now, in their seventies and eighties, there is an urgent need for us to give them an environment with culturally appropriate services so that they will be able to age well.

This is from my heart. I have been here for 35 or 40 years, but when I get to this stage — I am getting to the retirement age too — it does not matter how much I have integrated into the other culture, I still want to go back to my own culture. Maybe when I get to be 80 years old I will be happy to live in a mainstream care home. I will still survive, but if you want to improve my quality of life, I think I want to be in a culturally appropriate environment.

The Chair: Thank you. This is interesting. Earlier this week we were in a francophone community in Manitoba, and we heard exactly the same message, that the Francophones in southern Manitoba are extremely well integrated, but as they age, and as they enter their senior years, they want to live in their culturally appropriate language, and for them, that is French. It is not one group over another; it is pervasive.

Jo-Anne Stephens, Seniors Program Coordinator, Collingwood Neighbourhood House: Thank you, Senator Carstairs and honourable senators. Collingwood Neighbourhood House is in the east side of Vancouver. We are a multicultural organization, known internationally for our multicultural integration of different groups. At this time in our history we are focused on integrating other people who you might think would already have been there, and that has to do with supporting people who are living with homelessness and very few resources. My work there involves programming for seniors, supporting seniors. It involves working with the homeless, interfaith and ecumenical response to homelessness in the neighbourhood, and also working with intergenerational projects with seniors and children. It is that area, intergenerational work, that I decided to zero in on as regards your report.

It is a privilege to be a part of your work on the aging population, and I am celebrating the fine work you and your contributors are doing to make a difference to people in Canada. My offering in response this morning is related to the ideas of empathy, compassion and contribution as they relate to social inclusion and individual well-being. If I could accomplish it,

la culture de leur prochain. Lorsqu'ils vivent ensemble, ils commencent à apprendre des choses sur les autres, et je suis heureuse de vous informer qu'ils vivent ensemble très paisiblement. Ils sont intéressés à apprendre la culture et les coutumes des autres. Nous ne pouvons pas leur demander de s'intégrer et d'apprendre une autre langue et de s'intégrer au creuset des civilisations. Nous devons offrir une meilleure éducation sur le respect de la culture de chacun et la vie ensemble.

Pour revenir au centre de soins, je crois qu'il est très important d'offrir des soins culturellement pertinents aux aînés qui sont ici aujourd'hui. Peut-être que, lorsque je serai plus vieille, je pourrai m'intégrer assez bien. J'habite au Canada depuis 35 ans. Toutefois, pour les aînés d'aujourd'hui, qui atteignent 70 ou 80 ans, il y a un besoin pressant de leur offrir un environnement avec des services culturellement pertinents, pour qu'ils puissent vieillir bien.

Cela vient du cœur. Je suis ici depuis 35 ou 40 ans, mais lorsque j'en serai à cette étape — et j'approche de l'âge de la retraite — peu importe à quel point je suis intégrée à la culture de l'autre, je veux toujours revenir à ma propre culture. Peut-être que lorsque j'atteindrai l'âge de 80 ans, je serai heureuse de vivre dans une maison de santé de courant dominant, mais si vous voulez améliorer ma qualité de vie, je crois que je préférerais un environnement culturellement pertinent.

La présidente : Merci. Cela est intéressant. Plus tôt cette semaine, nous sommes allés dans une communauté francophone au Manitoba, et nous avons entendu exactement la même chose : les francophones du Sud du Manitoba sont très bien intégrés, mais au moment où ils vieillissent et arrivent à l'âge d'or, ils veulent vivre dans leur environnement culturel et parler leur langue, et pour eux, c'est le français. Ce n'est pas un groupe plus qu'un autre; c'est une tendance générale.

Jo-Anne Stephens, coordonnatrice du programme des aînés, Collingwood Neighbourhood House : Merci, sénateur Carstairs et honorables sénateurs. Collingwood Neighbourhood House se trouve dans Vancouver-Est. Nous sommes un organisme multiculturel, reconnu à l'échelle mondiale pour notre capacité d'intégrer différents groupes multiculturels. À ce point de notre évolution, nous axons nos efforts sur l'intégration d'autres personnes qui, selon les attentes générales, auraient déjà atteint cette étape; cela concerne les gens qui sont aux prises avec l'itinérance et disposent de très peu de ressources. Mon travail comprend les programmes pour les aînés et le soutien aux aînés. Cela suppose un travail avec les itinérants, une réaction interconfessionnelle et œcuménique au problème de l'itinérance dans le quartier et un travail dans le cadre de projets intergénérationnels qui regroupent les aînés et les enfants. C'est sur ce thème, soit le travail intergénérationnel, que j'ai décidé d'axer mon exposé pour faire le lien avec votre rapport.

C'est un privilège de prendre part à vos travaux sur le vieillissement de la population, et je vous félicite de votre travail remarquable et de ce que font vos collaborateurs pour changer les choses au Canada. En retour, mon discours ce matin s'articulera autour des notions d'empathie, de compassion et de contribution, en ce qu'elles touchent l'inclusion sociale et le bien-être individuel.

I would make this document, even as it is now, available to every adult in the country, so that people, if they do not yet realize, might know that integrity, dignity, compassionate action and care are what is most needed in their lives, and perhaps the most hoped for by people as they grow older.

It is enormously challenging in a market-driven nation to propose and try to function successfully also as a needs-based society, to create systems and programs that support people to become as fully human as they can be. Sometimes we imagine strategies as the need, rather than the tool to meet them; and your work, it seems to me, certainly knows the difference. From my experience with people of all ages in the community, many isolated and disengaged, meaningful, lifelong learning and activity could be a major contributor to contentment in one's life and is perhaps more difficult to perpetuate as one ages, as your work illustrates.

Another important contributor to successful aging is the need for friendship in its many forms, and it is something that also in many ways is very difficult to perpetuate as one ages, and especially as health, income and visibility are greatly diminished. I would like to see this idea of friendship in its broadest sense, as well as in a typical sense, addressed in more depth in the work of the committee. It falls within the rubric of social engagement and capacity.

You have addressed and continue to pose the important questions of income and health sustainability. I would like to see addressed a deeper understanding about the importance of lifelong learning as it relates to keeping one socially engaged as well as employed. It is in this idea, perhaps, that deeper attention could also be given to intergenerational connection. Can we integrate the education of older people together with the younger ones, foster learning and relationship-building together?

I might pause here for a moment to talk about the Neighbours for Peace program that we have at Collingwood Neighbourhood House, funded by New Horizons For Seniors. This program was initiated out of the desperate pleadings of a teacher who was going a little bit mad with a classroom of Grade 2 and Grade 3 students who were having a lot of difficulty socially in their classroom, and her hermeneutical suspicion was that perhaps some of the behaviours and habits of some of the children were coming as a result of being nurtured and taken care of at home by grandparents. The grandparents were not connected socially in the neighbourhood as well. The classroom was multicultural, and the children were often, as she could discern, left alone. She wanted to figure out how we could help these children to be more socially connected, to speak in a language that was inviting rather than disconnecting.

Si je le pouvais, je ferais en sorte que ce document, même dans son état actuel, soit accessible à tous les adultes au pays, pour que les gens, s'ils ne le réalisent pas encore, sachent que l'intégrité, la dignité, la compassion et la sollicitude composent les besoins essentiels d'une vie, et c'est probablement un désir auquel on accorde d'autant plus de valeur que l'on vieillit.

Dans un pays axé sur le marché, il est très difficile d'essayer de bien fonctionner en tant que société axée sur les besoins et de proposer des systèmes et des programmes qui soutiennent les gens pour qu'ils conservent une intégrité optimale. Parfois, nous nous imaginons que les stratégies représentent les besoins, plutôt que l'outil pour les combler; et votre travail, à mon avis, tient certainement compte de cette distinction. D'après mon expérience avec les gens de tous les âges dans la collectivité, dont bon nombre sont isolés et déconnectés, l'activité et l'apprentissage continu pourraient largement contribuer à accroître la satisfaction dans la vie de chacun et, sans doute, sont des choses plus difficiles à transmettre à des personnes à mesure qu'elles vieillissent, comme l'illustre votre travail.

Un autre facteur important au vieillissement optimal est l'amitié sous ses nombreuses formes, et c'est aussi quelque chose qui, à bien des égards, est très difficile à instaurer chez une personne à mesure qu'elle vieillit, surtout lorsque la santé, le revenu et la visibilité sont considérablement affectés. J'aimerais voir cette idée d'amitié dans son sens général, ainsi que dans son sens symbolique, abordée plus en profondeur dans le travail du comité. La notion s'inscrirait dans la section qui porte sur la participation à la société et la capacité.

Vous avez abordé, et vous continuez de le faire, les questions importantes liées au revenu et à la viabilité de la santé. J'aimerais qu'on aborde plus en profondeur l'importance d'un processus d'apprentissage continu pour maintenir la participation à la société ainsi que l'emploi. C'est peut-être dans cet ordre d'idées qu'on pourrait se pencher davantage sur le lien intergénérationnel. Peut-on intégrer l'éducation des aînés avec celle des plus jeunes, cultiver en parallèle l'apprentissage et l'établissement de relations?

Je vais m'arrêter ici pendant un moment pour parler du programme Neighbours for Peace, établi chez nous à Collingwood Neighbourhood House et financé par le programme Nouveaux horizons pour les aînés. Le programme tire son origine du témoignage désespéré d'une enseignante qui commençait à perdre la tête à cause d'une classe d'élèves de deuxième et de troisième années qui éprouvaient beaucoup de problèmes sociaux dans la classe, et, selon son hypothèse éclairée, certains des comportements et des habitudes de certains enfants étaient une conséquence des soins et de l'éducation de leurs grands-parents. Les grands-parents n'étaient pas non plus socialement liés au quartier. La classe était multiculturelle, et les enfants, d'après ce qu'elle pouvait voir, étaient souvent laissés à eux-mêmes. Elle voulait trouver un moyen d'aider ces enfants à mieux s'ancrer sur le plan social et à s'exprimer dans des mots qui invitent la communication, plutôt que de la décourager.

So we created the Neighbours for Peace project, which brings the grade 2 and 3 class together with a group of seniors who are multi-abled and at different ages in their mature lives. We work with a program called Compassionate Communications, working together to try to be the peace we want, to create the world that we would like to have, and to bring together a way of speaking and “linguaging” ourselves that we both, in the different age groups, can understand and can support. It has been a wonderful learning tool for both the seniors and the students; the seniors provide their wisdom, and the children’s energy has been just completely engaging to the seniors. We have seniors there who have never been to school, who have a hard time hearing, cannot see, and who are being loved by the children.

I personally and professionally feel despair when I encounter, time and again, people who are older and who have lost their voice because they have not been able, for many reasons, to transition with the ideas of contemporary society, how it thinks, organizes, and behaves itself. I see and listen to the despair expressed by aging adults because they cannot enter the conversations of society, community and family, since the world they learned and understood is now radically different and more complex, more multicultural, more multi-religious, and so forth. This seems to result in diminished confidence and enjoyment, especially for those who have little education to begin with or who have interactions that are not understanding or compassionate towards them because of it. Speech and actions, for instance, may reveal ignorance of how to now think of what it is to generate mutuality and inclusion for themselves and others.

I think it is important for those people who are aging to be able to contribute their wisdom, recalibrate their understanding of the world, and be engaged with those most able to participate with them: the young, young adults, adults, the very old, everybody. We do not have to discriminate between age as much we do, perhaps. In a society given to specialization, it may be difficult, but it is vitally important for any aged person to be able to engage in the dialogue of their society.

Therefore, I would urge greater attention in your work for intergenerational opportunity, intergenerational dialogue and education, and development of friendships amongst these folks. We have roots of empathy for children directed at babies; let us create it in the other direction as well. This can also contribute to a more healthy, confident aging society, and can provide some crucial strengths for people to face the challenges of maturing, and to face them with welcome, wonder and hopefulness.

I want to share one anecdote with you. When I first came to Collingwood Neighbourhood House and I was working with the seniors, there was a great resistance to anything I wanted to offer. They seemed to be shoved up to tables, and they sat there, and everybody did things at them, and that was extremely difficult.

Nous avons donc créé le projet Neighbours for Peace, qui regroupe la classe de deuxième et de troisième années avec un groupe d’aînés dont les capacités sont diversifiées et qui sont à différents points de l’âge d’or. Notre travail s’inscrivait dans un programme appelé Compassionate Communications, et nous avons collaboré pour tenter d’établir l’environnement pacifique que nous voulions, pour créer le monde dans lequel nous voulions vivre, et pour élaborer une façon de parler et de s’exprimer que chacun des groupes d’âge pouvait comprendre et appuyer. Le projet s’est révélé un merveilleux outil d’apprentissage pour les aînés comme pour les élèves. Les aînés offrent leur sagesse, et l’énergie des enfants a complètement conquis les aînés. Certains des aînés n’ont jamais fréquenté l’école, certains entendent mal, ne peuvent pas voir, et les enfants les adorent.

Pour ma part, personnellement et professionnellement, je perds espoir lorsque je rencontre — et cela arrive souvent — des gens âgés qui n’ont plus de voix parce qu’ils n’ont pas pu, pour bien des raisons, suivre la transition des idées de la société contemporaine, sa façon de penser, de s’organiser et de se comporter. Je vois et j’écoute le désespoir exprimé par des gens âgés qui ne peuvent pas s’intégrer aux conversations de la société, de la collectivité et de la famille, car le monde qu’ils ont appris à comprendre a maintenant changé du tout au tout et est devenu plus complexe, multiculturel, multiconfessionnel, et ainsi de suite. Cela semble causer une diminution de la confiance et de la joie de vivre, surtout pour ceux qui ont profité d’une modeste éducation d’entrée de jeu ou qui composent avec des gens qui ne comprennent pas et n’affichent pas de compassion à leur égard pour cette raison. Le discours et les gestes, par exemple, peuvent témoigner d’une ignorance de la nouvelle façon de penser à l’égard de l’interaction et de l’inclusion, pour eux comme pour les autres.

Je pense qu’il est important que ces personnes qui vieillissent soient en mesure de mettre leur sagesse à profit, de rétablir leur interprétation du monde et de se lier avec ceux qui sont les plus susceptibles de participer avec eux : les jeunes, les jeunes adultes, les adultes et les personnes très âgées, tout le monde. Nous n’avons peut-être pas besoin de faire tant de distinction entre les âges que nous le faisons actuellement. Dans une société axée sur la spécialisation, c’est peut-être difficile, mais c’est d’une importance cruciale pour toute personne âgée d’être en mesure de participer au dialogue de sa société.

Ainsi, je vous encouragerais à vous pencher davantage, dans le cadre de votre travail, sur les possibilités intergénérationnelles, le dialogue et l’éducation intergénérationnels ainsi que la création d’amitié entre ces personnes. Nous offrons des programmes d’empathie pour les enfants axés sur les bébés; alors créons la même chose, mais dans l’autre sens. Cela peut aussi contribuer à la santé et à la confiance de notre société vieillissante et peut fournir des forces cruciales aux gens pour qu’ils puissent faire face aux défis que présente le vieillissement, et les accueillir avec émerveillement et espoir.

Je veux vous raconter une anecdote. Lorsque je suis arrivée à la Collingwood Neighbourhood House, je travaillais auprès des aînés et, chaque fois que j’essayais d’offrir quelque chose, j’étais aux prises avec une grande résistance. On semblait les entasser à des tables, et ils y restaient assis, et tout le monde leur imposait

There was so much resistance, I was in fear of losing my job for the complaints that came. However, I began to realize that there just was not any confidence. They did not feel competent to speak, to have an opinion; they did not think that they could be heard. They had not heard their own voice, many of them, in a very long time.

I embarked on educating and having speakers come in. The first many speakers must have been appalled, because nobody questioned them, nobody responded to them. Now it is impossible to get the seniors to be quiet. It is really wonderful.

Two key things occurred to have this happen, and one was that I brought in a speaker who talked to them about human rights in Canada today. They had been grounded in equality — that is the period they grew up in, dropping the paternalistic language and so on — and had not shifted into the ideas of the importance of particularity. Just giving them that background generated a lot more confidence and a lot more conversation in their families. That was a very important step.

The Chair: Senators, you may have realized that I did not ask any of the witnesses today to limit themselves to short presentations because I felt that what they had to say was perhaps even more important than our questions to them this morning.

I want to thank each and every one of you, because you gave us an important perspective on life as a senior in the communities in which you are working and contributing, and it is a perspective, I have to say, that we have not heard expressed in the same way. That is exactly why we came to Vancouver and specifically asked to speak to groups like you. We have heard from many resident experts, but it was time to go across the country and talk to people who were actually experiencing the work. I thank you very much for what you have enriched us with this morning.

Senator Mercer: I want to thank you, as the chair has, for being here. Several of you were referenced in our first panel.

Mr. Gill, you came highly recommended by the previous speakers here this morning, so we were anticipating some of the good things you have said. I am interested in your project. You bought the land, two and a half acres, and raised \$1 million. My professional career has been raising money for charities, so I understand the difficulty of raising money, particularly when you do not have an established track record in the community, and also working in communities that are not necessarily used to giving in that way. What have you built there? Is it a seniors' residence with assisted care? I would like to hear more about that.

des choses, ce qui était très difficile. Il y avait tant de résistance que j'avais peur de perdre mon emploi à cause des plaintes. Toutefois, j'ai commencé à m'apercevoir du fait qu'ils manquaient tout simplement de confiance. Les aînés ne se sentaient pas assez compétents pour parler, pour avoir une opinion; ils ne croyaient pas qu'on pouvait les écouter. Beaucoup d'entre eux n'avaient pas entendu leur propre voix depuis très longtemps.

J'ai commencé à les informer et à inviter des conférenciers. Pendant longtemps, les conférenciers devaient être rebutés, parce que personne ne leur posait de questions et personne ne réagissait à leur discours. Maintenant, on ne peut plus faire taire les aînés. C'est absolument merveilleux.

Deux éléments clés sont survenus pour que j'en arrive à ce résultat, et le premier, c'est que j'ai invité un conférencier qu'il leur a parlé des droits de la personne au Canada aujourd'hui. On les avait déjà conditionnés à l'égalité — cela correspond à la période de leur jeunesse, au moment où l'on éliminait les formules paternalistes, entre autres — mais ils n'étaient jamais passés aux idées qui tiennent à l'importance de la distinction. Le simple fait de leur transmettre ces fondements leur a permis de gagner de la confiance en eux et s'est révélé un bon sujet de conversation dans leur famille. C'était une étape importante.

La présidente : Sénateurs, vous avez peut-être remarqué que je n'ai pas demandé aux témoins aujourd'hui de se restreindre à un bref exposé, car j'estimais que ce qu'ils avaient à dire était peut-être plus important encore que nos questions.

Je veux remercier chacun d'entre vous, car vous nous avez donné une perspective importante sur la vie des aînés dans les communautés auprès desquelles vous travaillez et auxquelles vous offrez votre contribution, et c'est une perspective, je dois dire, que nous n'avons pas entendu exprimer de la même façon. C'est exactement pourquoi nous sommes venus à Vancouver et avons demandé de parler à des groupes précisément comme les vôtres. Nous avons entendu beaucoup d'experts en la matière, mais le temps était venu d'aller à différents endroits au pays et de parler à des gens qui travaillaient effectivement dans le domaine. Je vous remercie beaucoup de vos précieux renseignements ce matin.

Le sénateur Mercer : Je tiens à vous remercier, comme l'a fait la présidente, d'être venus ici. Les témoins de notre première séance ont fait allusion à plusieurs d'entre vous.

Monsieur Gill, vous avez été chaudement recommandé par les témoins précédents ce matin, donc nous nous doutions déjà de certaines des choses merveilleuses que vous nous avez racontées. Je suis intéressé par votre projet. Vous avez acheté le terrain, deux acres et demie, et vous avez recueilli un million de dollars. J'ai passé toute ma carrière à recueillir des fonds pour des organismes de charité, alors je comprends la difficulté de cette activité, surtout lorsque vous n'avez pas encore fait votre nom dans la communauté et que vous travaillez dans des communautés qui ne sont pas nécessairement habituées de faire ce genre de contributions. Qu'avez-vous construit? Est-ce une résidence pour personnes âgées avec services de soutien? J'aimerais en entendre davantage à ce sujet.

Mr. Gill: One building is supported living. It is a rental place with low rents subsidized by the government. The second building is 72 beds of assisted living. When we started this project, the first part was very difficult. When the first building went up, the visibility was great. It is a very nice six-storey building, and lots of people wanted to live there. The visibility created an impact on the community. People started to trust me, trust that I will not run away but stay here in the community, and they started building confidence. The second part of the project, the 72-bed assisted living facility, was much easier to build than the first part.

Senator Mercer: How many units are in the first building?

Mr. Gill: There are 54 units.

Senator Mercer: That is a big project.

Mr. Gill: There was a big struggle. I feel good about it, that we finally accomplished something. When we started, though, after I bought the land, as an executive director of the society I had sleepless nights worrying about how to meet the mortgage, deal with the many delays in planning, and get through the process with city hall. Luckily, city hall was quite cooperative. Many values came through the process, and I have learned everything, but it was new to me in the first place. I feel very good that we accomplished something, and we can do a little more if avenues are opened up.

Senator Mercer: That is great. Congratulations.

Ms. Stephens, you talked about your Neighbours for Peace project. I really like the idea because of the interaction, and you are addressing a couple of issues at the same time. Do you think this program is portable? Could it be duplicated in other communities?

Ms. Stephens: Yes, definitely. As happens in programs, which I am sure you have experienced, as we have gone along we have noticed the missed opportunities in a new initiative, so we are planning to prepare a small curriculum that could be portable. The problem is just having enough money to make the curriculum as full as it can be, to help people to understand what compassionate communications means, what it is to be at peace in the world, and all the different aspects of what you can do to accomplish that. I come from an arts and entertainment background, so puppetry and music and dance and all of those things are very easy for me to do; it is not so easy for everyone else, but it is adaptable, I think.

We are fortunate because the Collingwood community school has access to our community centre by way of a door; we are completely connected and integrated that way. We have made

M. Gill : L'un de nos établissements est consacré à l'aide à la vie autonome. Il renferme des logements subventionnés par le gouvernement, que l'on peut louer à prix modique. L'autre établissement compte 72 lits et offre un service de logement avec assistance. Lorsque nous avons lancé ce projet, c'était très difficile au début. Lorsqu'on a mis sur pied le premier établissement, nous profitons d'une grande visibilité. C'était un beau bâtiment de six étages, et beaucoup de monde voulait y vivre. La visibilité a eu une influence dans la communauté. Les gens ont commencé à me faire confiance, ils ne croyaient plus que j'allais me sauver avec l'argent, savaient que j'allais rester ici, dans la communauté, et ils ont commencé à avoir foi en ce que je faisais. La deuxième partie du projet, l'établissement de 72 places qui offre un service de logement avec assistance, était beaucoup plus facile à mettre sur pied que la première partie.

Le sénateur Mercer : Combien de logements se trouvent dans le premier établissement?

M. Gill : Il y a 54 logements.

Le sénateur Mercer : C'est un gros projet.

M. Gill : Nous avons mené tout un combat. Je suis fier que nous ayons enfin accompli quelque chose. Or, lorsque nous avons commencé, après que j'ai acheté le terrain, en tant que directeur général de la société, j'avais beaucoup de mal à dormir la nuit, car je ne savais pas comment j'allais payer l'hypothèque, composer avec les différents retards imprévus et passer à travers le processus avec l'hôtel de ville. Heureusement, l'hôtel de ville a bien coopéré. Beaucoup de leçons sont ressorties du processus, et j'ai tout retenu, mais tout cela m'était nouveau d'entrée de jeu. Je suis très heureux que nous ayons accompli quelque chose, et nous pouvons en faire encore plus si des voies s'ouvrent à nous.

Le sénateur Mercer : C'est merveilleux. Félicitations.

Madame Stephens, vous avez parlé de votre projet Neighbours for Peace. J'aime vraiment l'idée de l'interaction, et vous réglez quelques problèmes en même temps. Croyez-vous que ce programme est transférable? Pourrait-on le répéter dans d'autres communautés?

Mme Stephens : Oui, certainement. Comme c'est souvent le cas dans les programmes — chose que vous avez constatée de vos expériences, j'en suis sûre —, nous nous sommes rendu compte que nous avons raté des occasions dans notre nouvelle initiative à mesure que nous avançons, donc nous avons l'intention de préparer un petit programme qui pourrait être transférable. Le problème, c'est de trouver l'argent pour faire en sorte que le programme est aussi complet qu'il peut l'être, pour aider les gens à comprendre ce que signifie la communication axée sur la compassion, et ce qu'on entend par la paix dans le monde, et tous les différents aspects de ce que vous pouvez faire pour atteindre cet objectif. Je viens du milieu des arts et des divertissements, donc les marionnettes, la musique et la danse, ce genre de choses, sont très faciles à utiliser pour moi; ce n'est pas donné à tout le monde, mais je crois qu'on peut l'adapter.

Nous sommes chanceux, parce que l'école communautaire de Collingwood est séparée de notre centre communautaire par une porte; nous sommes totalement connectés et intégrés de cette

presentations to other teachers in the school, and they all want to have the same thing happening in their classroom. Of course, there has not been the money to do it, and it requires training. I think that people can be trained to do this in their classroom. There are certainly seniors. You have to motivate seniors to participate, because many seniors think they have done that already — they brought their own children up — and they do not think in terms of the importance of this interaction to their own life and their energy and their contribution; they think they are done with that now. However, once they got going, the senior involved did not feel that way. Thomas, our person who never went to school and had to learn all different ways, has bequeathed his will to this program at the school — that is how important it became in his life.

This program is definitely portable if the funding is there, and I think it is worthy of the work.

Senator Cordy: It has been interesting sitting back and listening to your stories; they have been wonderful.

Mr. Naizghi, you talked about translation and the need for translation with seniors, and several others have also talked about seniors not knowing what programs are available to them, and because they do not know what is available, they are not able to access those programs. What can we recommend in terms of translation services that would make it easier for seniors to become aware of what is out there for them? It is challenging enough to find out what programs are out there when you speak English or French; if English or French is not your first language, then the problem is compounded.

Mr. Naizghi: I think translation and interpretation are valuable tools. As the demographics change, whether over the whole population, we comment that everybody should attempt to make their resources available in other languages. If you look at the resources, it is very challenging to have every language represented within our organization. That would be my wish, but I have to be realistic and pragmatic about it.

Translation is a very cost-efficient way of making the information available to immigrants and refugees in their language as a first step. However, it does not replace the fact that there are systemic periods, there are cultural periods, there are linguistic periods that require personal navigation; I heard Ms. Choi speak to that. Nothing can replace that personal touch, that personal relationship that our counsellors build with the communities. However, as I said, I think it is very unrealistic for me to expect that we should have a worker who speaks that many languages; there are not that many resources. However, it is a first step to have every health provider, every activity, every resource that works with seniors make sure that their resources, location and services are translated and available to the community. I think the distribution aspect could be done by the community organizations that work with those communities, and it is not that difficult when we look at it from the designation. My preference would be to make those resources available in other languages

façon. Nous avons fait des exposés devant d'autres enseignants de l'école, et tous veulent entreprendre le même projet dans leur classe. Bien sûr, nous n'avons pas eu assez d'argent pour le faire, et l'activité exige une formation. Je crois que les gens peuvent être formés pour le faire dans leur classe. Les aînés sont certainement là. Il faut les motiver à participer, parce que beaucoup d'entre eux pensent qu'ils ont déjà fait ce genre de choses — ils ont élevé leurs propres enfants — et ils ne voient pas l'importance de cette interaction à l'égard de leur propre vie, leur énergie et leur contribution; ils croient avoir franchi cette étape une fois pour toutes. Par contre, une fois les choses amorcées, les aînés qui ont participé n'ont pas vu les choses ainsi. Thomas, un aîné qui n'est jamais allé à l'école et a dû apprendre de diverses façons, a légué tous ses biens au programme à l'école — voilà qui dénote l'ampleur qu'a pris le programme dans sa vie.

Le programme est certainement transférable si les fonds sont là, et je crois qu'il vaut la peine d'y travailler.

Le sénateur Cordy : Il a été très intéressant d'entendre vos histoires; et elles étaient merveilleuses.

Monsieur Naizghi, vous avez parlé de la traduction et du besoin de traduction pour les aînés, et plusieurs autres ont déjà parlé du fait que certains aînés ne connaissent pas les programmes qui leur sont accessibles, et puis ce qu'ils ignorent, ils ne peuvent pas en profiter. Que peut-on recommander au chapitre des services de traduction qui aiderait les aînés à prendre connaissance de ce qui s'offre à eux? C'est déjà assez difficile de connaître tous les programmes qui existent lorsque vous parlez anglais ou français; si l'anglais ou le français n'est pas votre langue maternelle, alors le problème s'aggrave.

M. Naizghi : Je crois que la traduction et l'interprétation sont des outils précieux. À mesure que la population change, que ce soit ou non dans son ensemble, nous observons que tout le monde devrait tenter de rendre les ressources disponibles dans d'autres langues. Si vous regardez les ressources, il est très difficile de faire en sorte que toutes les langues soient représentées dans votre organisme. Cela serait mon vœu, mais je dois être réaliste et pratique.

La traduction est une façon très rentable de rendre l'information disponible aux immigrants et aux réfugiés dans leur langue dans un premier temps. Toutefois, cela ne constitue pas une solution à l'ensemble des facteurs systémiques, culturels et linguistiques, qui font appel à une assistance personnalisée; j'ai entendu Mme Choi en parler. Rien ne peut remplacer ce contact personnel, la relation personnelle que nos conseillers créent avec les communautés. Toutefois, comme je l'ai dit, ce ne serait vraiment pas réaliste de ma part de m'attendre à ce que les travailleurs parlent tous tant de langues; il n'y a pas tant de ressources. Toutefois, comme première étape, il faudrait faire en sorte que toutes les ressources en matière de santé et d'activités réservées aux aînés offrent des endroits accessibles et des services traduits pour la communauté. À mon avis, les organismes communautaires qui travaillent auprès de ces communautés pourraient eux-mêmes assurer cette diffusion, et ce n'est pas si difficile lorsqu'on aborde la question sous cet angle. Je préférerais

person to person, but if the funding does not allow it, make those materials available in other languages so that people know and can at least attempt to navigate themselves.

Senator Cordy: We have heard that type of thing before, that one needs a personal navigator just to work through the system. I think the other panel talked about how changes are coming so rapidly that it is very hard to stay on top of them.

Ms. Choi: I was interested in your comments about education to respect one another's culture. That cannot just start when people are seniors. That has to start within the school system. Do you have any programs that are really working?

Ms. Choi: I think you are right; it has to start at the very beginning, actually even from the immigrant services. I do not know whether that would have been your experience. I hear from some of my colleagues about expectations of immigrants who come from various parts of China, because there are two different cultures, and they have to start at the very beginning, for the young kids, to incorporate that in their school curriculum. When immigrants first land here, those things need to be included when we orient them to Canadian society.

Given the diversity of ethnicities of all the immigrants we have, I think we should have opportunities to interact and exchange ideas. However, there is only so much funding and only so much we can do. Therefore you take care of the immediate needs of the immigrant first, and somehow the importance of this other stuff is not being taken into consideration. I think it is increasing their awareness, and also the stewardship of the government is important for that to start at a very early stage, when people come to Canada and with the kids in the school system.

To add to what Ms. Stephens said about the intergenerational programs, even within our programs, we try to promote that, because I think young kids have a negative view of seniors, that they are horrible creatures, all wrinkled up, and they do not want to speak to them. We also have intergenerational programs where we try to teach young kids about the values of the seniors and what they have contributed to society, and we teach them how to interact with the seniors in simple ways, how to push the wheelchair, how to speak to them with respect.

We do not do a very big program and we do it on our own, again because of the level of funding. There are so many things we want to do, but because we do not have the funding, we can just try to do a little bit here and there to try to make a little difference. If we can recognize the importance of having this intergenerational kind of program, I think in the long run it will make this world a better place for everybody.

Senator Cordy: Yes.

que chaque personne puisse profiter d'un rapport personnel dans sa langue, mais si le financement ne le permet pas, qu'on rende le matériel accessible dans d'autres langues, pour que les personnes le sachent et puissent du moins tenter de cheminer par elles-mêmes.

Le sénateur Cordy : Nous avons déjà entendu ce genre de choses, soit qu'une personne a besoin d'un soutien personnel juste pour cheminer dans le système. Je crois que l'autre groupe de témoins a parlé du fait que les changements surviennent si rapidement, qu'il est difficile de garder la situation en main.

Madame Choi, j'étais intéressée par vos observations concernant l'éducation axée sur le respect de la culture de son voisin. Cela ne peut pas juste commencer quand les gens sont âgés. Cela doit commencer à l'école. Avez-vous des programmes qui fonctionnent vraiment?

Mme Choi : Je crois que vous avez raison; cela doit commencer au tout début, même au sein des services d'immigration. Je ne sais pas si vous voyez les choses ainsi. J'ai entendu certains de mes collègues parler des attentes des immigrants originaires de différentes parties de la Chine, parce qu'il existe deux cultures différentes, et il faut commencer dès le début, pour les jeunes enfants, à incorporer cela dans le programme scolaire. Lorsque les immigrants arrivent, il faut inclure ce genre de choses à l'apprentissage de la société canadienne.

Compte tenu de la diversité ethnique de tous les immigrants ici, je pense que nous devrions avoir des occasions d'interagir et d'échanger les idées. Toutefois, le financement est limité, donc il en va de même pour ce que nous pouvons faire. Ainsi, il faut s'occuper des besoins immédiats des immigrants tout d'abord, et, j'ignore pourquoi, l'importance des autres éléments n'est pas prise en considération. Je crois qu'il s'agit d'accroître leur sensibilité, et pour ce faire, les ressources gouvernementales sont importantes pour que cela commence dès le jeune âge, lorsque les gens arrivent au Canada avec leurs enfants qui fréquentent l'école.

Pour ajouter à ce qu'a dit Mme Stephens au sujet des programmes intergénérationnels, même dans le cadre de nos programmes, nous en faisons la promotion, parce que je crois que les jeunes enfants ont une attitude négative à l'endroit des aînés; ils croient que ce sont des créatures horribles, toutes ratatinées, et ils ne veulent pas leur parler. Nous avons aussi des programmes intergénérationnels dans le cadre desquels nous tentons d'enseigner aux enfants les valeurs des aînés et de leur contribution à la société, et nous leur enseignons à interagir avec les aînés par des moyens simples, nous leur montrons comment pousser un fauteuil roulant, comment s'adresser à eux avec respect.

Notre programme n'est pas très gros, et nous l'exécutons par nous-mêmes, encore une fois à cause du niveau de financement. Il y a tant de choses que nous voulons faire, mais parce que nous n'avons pas les fonds, tout ce que nous pouvons faire, c'est de tenter d'en faire un peu ici et là pour changer les choses à petite échelle. Si nous pouvons reconnaître l'importance des programmes à vocation intergénérationnelle, je crois que, au bout du compte, le monde deviendra meilleur pour tous.

Le sénateur Cordy : Oui.

Mr. Gill: I just want to add that we have the same program, connecting young people with seniors. Young people love it; seniors love it. It is free, and schools are willing to bring some kids in there. It is an extremely interesting program. I think it should be promoted much more.

Senator Cordy: I used to be an elementary school teacher, and I know those programs work for both the young people and the older people. I am very interested in this program, Ms. Stephens. Funding came from New Horizons for Seniors; is that correct?

Ms. Stephens: That is correct.

Senator Cordy: Does New Horizons for Seniors ever look for responses for programs that really work that could be transferred across the country?

Ms. Stephens: When I was researching the program and looking for components, New Horizons for Seniors told me they did have other groups that had done projects that seemed related or of good potential for the one we were creating, but that information is not easily accessible. It is not impossible, but there needs to be intentionality about it.

Senator Cordy: Ms. Choi, you have your seniors' homes. Are there waiting lists for these facilities?

Ms. Choi: Yes, there are very long waiting lists for all our programs, for assisted living, for Evergreen Centre, for the dementia clinic, for our complex care.

Senator Cordy: What are people doing while they are waiting, just managing on their own?

Ms. Choi: Yes.

The Chair: As we were talking about the importance of culture and language with all of you, it seemed to me that the federal government publishes many documents that it could easily publish in many languages. Several weeks ago we were in Sherbrooke, Quebec, and they were talking about Canada's Food Guide, saying that there are many aspects of it that are not appropriate for seniors; seniors' protein needs, for example, are higher. That led us into a whole discussion of Canada's Food Guide. To my knowledge, the guide is available only in French and English, and yet it could easily be made available in Chinese, Punjabi, Korean and all kinds of languages. Then, while I agree that nothing replaces the individual, if in your communities you are trying to teach nutrition, after some nutrition lessons, the individual can give out a copy of Canada's Food Guide in the senior's language. It seems to me that would facilitate the language on an ongoing basis, rather than just a single interaction. We should make note of that, regarding the need to promote the language in a much better way.

M. Gill : Je veux juste ajouter que nous avons le même programme qui établit une relation entre les jeunes et les aînés. Les jeunes l'adorent; les aînés l'adorent. C'est gratuit, et les écoles sont prêtes à faire participer les enfants. C'est un programme très intéressant. Je crois qu'on devrait en faire la promotion beaucoup plus.

Le sénateur Cordy : J'ai été enseignante au primaire, et je sais que ces programmes sont intéressants pour les jeunes et les aînés. Je suis très intéressée par le programme, madame Stephens. C'est le programme Nouveaux Horizons pour les aînés qui a fourni le financement; n'est-ce pas?

Mme Stephens : C'est exact.

Le sénateur Cordy : Est-ce que ce programme cherche à voir quels programmes fonctionnent vraiment et pourraient être transférables d'un océan à l'autre?

Mme Stephens : Lorsque je faisais les recherches pour le programme et que je cherchais des composantes, les responsables du programme Nouveaux Horizons pour les aînés m'ont dit que d'autres groupes avaient déjà exécuté des projets qui semblaient connexes ou pouvaient servir de point de départ pour celui que nous étions en train de mettre sur pied, mais cette information n'est pas facilement accessible. Ce n'est pas impossible, mais il faut vraiment vouloir.

Le sénateur Cordy : Madame Choi, vous avez des foyers pour les personnes âgées. Y a-t-il des listes d'attente pour être admis dans ces établissements?

Mme Choi : Oui, il y a de très longues listes d'attente pour tous nos programmes, pour le logement avec assistance, pour le centre Evergreen, pour la clinique destinée aux personnes atteintes de démence, ainsi que pour les soins complexes.

Le sénateur Cordy : Que font les gens qui attendent, ils se débrouillent par eux-mêmes?

Mme Choi : Oui.

La présidente : Tandis que nous parlions de l'importance de la culture et de la langue, je me disais que le gouvernement fédéral publie beaucoup de documents qui pourraient facilement être traduits dans plusieurs langues. Il y a plusieurs semaines, nous étions à Sherbrooke, au Québec, et on parlait du Guide alimentaire canadien; beaucoup d'aspects de ce guide ne sont pas pertinents pour les aînés; le besoin en protéines des aînés, par exemple, est plus élevé. Cela a entraîné toute une discussion au sujet du Guide alimentaire canadien. D'après ce que je sais, le guide est seulement disponible en français et en anglais, alors qu'il pourrait facilement être traduit en chinois, en panjabi, en coréen et en toutes sortes de langues. Ensuite, s'il est vrai que je suis d'accord avec le fait que rien ne remplace le contact individuel, si, dans vos communautés, vous tentez d'enseigner l'alimentation, après certains cours, la personne peut distribuer des copies du Guide alimentaire canadien dans la langue des aînés. Il me semble que cela contribuerait à aplanir l'obstacle linguistique de façon continue, plutôt qu'en une seule interaction. Nous devrions en prendre note, soit de la nécessité de promouvoir la langue d'une façon beaucoup plus efficace.

I have a bit of an idea of how it came about in Ms. Stephens' case, but I want to ask each of you what was it in your communities that led you to do what you ended up doing. Obviously, Mr. Gill, if it was not for you and your initiative, along with the seven other friends and their \$10 each, the whole system that you put in place would not exist. Ms. Choi, although you may not have been there in 1973, when your organization began, somebody did it. Who were these somebodies, and how did you or they identify that there was such a desperate need to engage?

Mr. Gill: As a social worker, I used to go to seniors' homes. A friend, Mr. Lidhar, whom I respect quite a bit was president of Sunset Seniors for 20 years. I went to see him, and I sat with him; he knew that I am quite active in the community, and he held my hand. When I wanted to leave, he said, "Just stay more; I will talk to you more." Then he picked up a piece of bread, which was very stale. He said, "This is what we get for eating. I cannot eat it because I do not have any teeth. I do not have my food at all." Tears came into his eyes. I was quite moved. By that time I had started working a little bit. I said, "If you stay alive until Christmas, you will be the first person to go into this home," I promised him. He died before Christmas.

Those were very moving things. I was almost in tears myself when I saw this person, who contributed so much to the community for 20 years as the president of Sunset Seniors Club, and now he is nobody. His kind of image is no longer there, his kind of self-respect is no longer there, he does not have any dignity any more. I was just moved, and I started doing this. That is how I got into this.

Ms. Choi: I guess I can talk on two different levels. Our former CEO, Ms. Lilian To, who has passed away now, many years ago had insight into the needs of the Chinese seniors. That is why some 20 years ago they started lobbying the government to build a seniors' care home.

On a personal level, I had been a nurse for a long time. I have been in Canada for over 35 years. I had worked in mainstream long-term care facilities for a long time, where I witnessed many Chinese seniors or seniors of a different ethnic group coming into what I would call the mainstream environment and not coping well. The environment was different than the cultural environment they were used to, and because of the language barrier, the food and their inability to communicate, the seniors developed despair and hopelessness, and it broke my heart. There is only so much that I could do as the only person who could speak their language; I could not be there 24 hours a day. I could imagine the fear and insecurity they had when they could not make their needs known, especially the people with dementia. I always call it the double-edged sword, you know, when you cannot speak the language and have got dementia. Can you imagine the kind of fear that they have when they wander around

J'ai une petite idée concernant la façon dont se sont les passées les choses dans le cas de Mme Stephens, mais je veux demander à chacun de vous quel a été l'élément déclencheur dans vos communautés, celui qui vous a amené à faire ce que vous faites. De toute évidence, monsieur Gill, si ce n'était de vous et de votre initiative, ainsi que de vos sept amis et de leur contribution de 10 \$, tout le système que vous avez mis en place n'existerait pas. Madame Choi, peut-être que vous n'étiez pas là en 1973, lorsque l'organisme pour lequel vous travaillez a été mis sur pied, mais quelqu'un l'a fait. Qui étaient ces personnes, et comment a-t-on déterminé que la nécessité de se mobiliser était aussi urgente?

M. Gill : En tant que travailleur social, j'avais l'habitude de me rendre dans des foyers pour aînés. Un ami, M. Lidhar, que je tiens en haute estime, a été président de Sunset Seniors pendant 20 ans. Je suis allé le voir, et nous avons discuté à son chevet; il savait que j'étais très actif dans la communauté, et il m'a tenu la main. Lorsque j'ai voulu partir, il a dit : « Restez encore; j'ai autre chose à vous dire. » Il a alors pris un morceau de pain, qui était très rassis. Il a dit : « Voilà ce qu'on nous donne à manger. Je ne peux pas le manger, parce que je n'ai pas de dents. Je ne mange jamais mes repas. » Ses yeux se sont remplis de larmes. J'étais très ému. À cette époque, j'avais commencé à travailler un peu. Je lui ai dit : « Si vous restez en vie jusqu'à Noël, vous serez le premier à être admis dans ce foyer », lui ai-je promis. Il est mort avant Noël.

C'étaient des événements très émouvants. J'étais presque en larmes moi-même lorsque j'ai vu cette personne, qui a tant contribué à la collectivité pendant 20 ans comme président du club Sunset Seniors, et maintenant, il n'a plus de nom. Son image s'est dissipée, et son estime de soi est partie; il n'a plus de dignité. J'étais tout simplement ému, et j'ai commencé à travailler. C'est comme ça que j'ai lancé mon entreprise.

Mme Choi : J'imagine que je peux parler à deux niveaux. Notre ancienne présidente, Mme Lilian To, qui est décédée aujourd'hui, avait une profonde connaissance, il y a bien des années, des besoins des aînés chinois. C'est pourquoi, il y a environ 20 ans, ils ont commencé à faire des pressions politiques auprès du gouvernement pour construire une maison de santé pour les aînés.

Sur le plan personnel, j'ai été infirmière pendant longtemps. Je suis au Canada depuis plus de 35 ans. J'ai travaillé dans des établissements de soins de longue durée du courant dominant pendant longtemps, et j'ai été témoin de l'arrivée de beaucoup d'aînés chinois ou originaires d'autres cultures dans ce que j'appellerais un environnement traditionnel canadien et ils ne s'en sortaient pas très bien. Cet environnement était différent de l'environnement culturel auquel ils étaient habitués, et à cause de l'obstacle linguistique, des repas et de leur incapacité de communiquer, les aînés sombraient dans le désespoir, et j'en avais le cœur brisé. Je ne pouvais pas tout faire, même si j'étais la seule personne capable de parler leur langue; je ne pouvais pas me trouver sur place 24 heures par jour. Je peux imaginer la peur et l'insécurité qui les tiraillaient lorsqu'ils ne pouvaient pas faire connaître leurs propres besoins, surtout les personnes atteintes de démence. J'ai toujours appelé ça le couteau à double tranchant,

and they do not know what is happening? The person with dementia cannot make their needs known, and that is why a lot of aggression happens.

When the opportunity came, when S.U.C.C.E.S.S. was building the care home, I do not know whether I was being noble or not, but I saw this was the time I could go back and serve my own community. That was one of my career goals, that from what I have learned, with my experience and education, that one day I would be able to use my expertise to serve my own community. When we first built a care home, suddenly it brought home to me that I can see the tremendous difference in these people after they have been in the home for a couple years. From then on, I eventually brought in the different programs at the adult centre and assisted living and so on, because I know that there is a big need in the community for such services.

It is not to say S.U.C.C.E.S.S. is trying to go multicultural and trying to serve the different ethnic groups, but as far as senior health is concerned, I think there is a big need in my community for things to be done to serve them better; not to say that I will negate other opportunities. I have the opportunity to serve other ethnic groups, but I think that is a big thing in the community, and more needs to be done in many, many ways.

Mr. Gill: As first generation immigrants, we are very much connected with the cultural community we belong to, whether we are French Canadian, South Asian or Chinese. We are from that community; our roots are there. We understand, we can communicate in both languages, so we are very much connected. It really is a satisfying experience and fulfilling to see something you are accomplishing. It is a fantastic feeling.

The Chair: Mr. Naizghi, you yourself were a refugee to this country?

Mr. Naizghi: Yes, very proudly; I do not know when it will wear out of me. I have been here for close to 17 years. I think if I go through the history, and I have gone through many of MOSAIC's archives, it was a group of immigrant women who started MOSAIC in 1972. They were Japanese, Korean and Chinese. They knew the challenges newcomers were having. Some of them were running English language classes, and other groups were visiting homes and prisons and what have you. Those were the visions that have driven this organization. I joined them recently, in 1993.

When I finished my studies at UBC, my passion was international development. I have done a number of works in Africa, programs funded by CIDA. I never worked for CIDA, but as a third party I did a lot of evaluation and designs. I was committed to solving Africa's problem, to be honest with you. I failed and came back and applied for this job, a management

vous savez, lorsque vous ne pouvez pas parler la langue et que vous êtes atteint de démence. Pouvez-vous imaginer le genre de peur qu'ils ressentent lorsqu'ils se promènent et ne savent pas ce qui se passe? Les personnes qui souffrent de démence ne peuvent pas verbaliser leurs besoins, et c'est pourquoi elles sont souvent victimes d'agression.

Lorsque l'occasion s'est présentée, quand S.U.C.C.E.S.S. construisait la maison de santé, je ne sais pas si c'est par noblesse que je l'ai fait, mais j'ai compris que c'était le moment de retourner et de servir ma propre communauté. C'était l'un de mes objectifs professionnels, qui tire son origine de ce que j'ai appris, de mon expérience et de ma formation; je me suis dit que, un jour, je serais capable de mettre mon expertise au service de ma propre communauté. Lorsque nous avons construit une maison de santé, je me suis aperçue tout d'un coup que je pouvais voir les énormes différences chez ces gens après qu'elles ont passé quelques années dans l'établissement. Dès lors, j'ai commencé à mettre en place différents programmes dans le centre pour adultes et les logements avec assistance, entre autres, car je savais que le besoin de la communauté pour de tels services était énorme.

Je ne veux pas dire que S.U.C.C.E.S.S. tente de devenir un organisme multiculturel et de servir les différents groupes ethniques, mais sur le plan de la santé des aînés, je crois que les gens de ma communauté ont grandement besoin qu'on prenne des mesures pour mieux les servir; et je ne dis pas que je vais faire fi des autres possibilités. J'ai l'occasion de servir d'autres groupes ethniques, mais je crois que c'est très important dans la communauté, et on doit en faire plus, de beaucoup, beaucoup de façons.

M. Gill : Notre situation d'immigrants de première génération fait en sorte que nous sommes très liés à notre communauté culturelle, que nous soyons Canadiens français, Asiatiques du Sud ou Chinois. Nous venons de cette communauté; c'est là que sont nos racines. Nous comprenons, nous pouvons communiquer dans les deux langues, donc nous sommes très bien liés à notre milieu. C'est une expérience très satisfaisante de voir quelque chose que vous accomplissez. C'est une sensation fantastique.

La présidente : Monsieur Naizghi, vous êtes vous-même venu dans ce pays à titre de réfugié?

M. Naizghi : Oui, et j'en suis très fier; je ne sais pas quand ce sentiment s'estompera. Cela fait presque 17 ans que je suis ici. Je crois que, si je regarde l'histoire, et j'ai consulté beaucoup des archives de MOSAIC, c'était un groupe d'immigrantes qui ont lancé MOSAIC en 1972. C'étaient des Japonaises, des Coréennes et des Chinoises. Elles connaissaient les difficultés qu'éprouvaient les nouveaux arrivants. Certaines d'entre elles donnaient des cours d'anglais, et d'autres groupes visitaient des foyers et des prisons et je ne sais quoi. Voilà les visions qui sous-tendent l'établissement de l'organisme. Je me suis récemment joint à ses rangs en 1993.

Lorsque j'ai terminé mes études à l'UCB, je m'intéressais surtout au développement international. J'ai fait un certain nombre de travaux en Afrique, dans le cadre de programmes financés par l'ACDI. Je n'ai jamais travaillé pour l'ACDI, mais j'ai fait beaucoup d'évaluation et de conception comme tierce partie. J'étais engagé à l'égard de la résolution des problèmes de

job. I had never heard of MOSAIC or S.U.C.C.E.S.S. in those days. I had never heard of an organization serving immigrants and refugees, or else I would have gone there. I did support international students when I was at UBC, giving them orientations, taking them around the city, or even finding them homes for a while as they established themselves. I did have that experience. I even did that at the University of Alberta, as my first job after graduation.

When I first got this opportunity to work for MOSAIC, I thought it is a transition job, two years. The more I got into it, the more I worked with people, the more I got hooked. I saw the challenges people were facing, but at the same time I saw what hopes and opportunities the staff and the volunteers and the board were giving to newcomers. I think what I find more attractive for me, and what I find is very passionate, I develop a passion for it; I can relate to all of the challenges people are having. I could speak to it, and I could have empathy with my work. Even as an executive director, to this day, many of the African people who know of me ask for me, and I would never say no; I will never say no to any person who would like to sit with me because that is what grounds me. That is what gives me the passion and the motivation.

The paper pushing, the standing before you is an honour, it is a privilege. Looking after the finance is a headache, and looking after human resources is even more headache. But what keeps us driven is that we touch people's lives. We make a difference in their life. More important, I think in this sector, at MOSAIC, I look at my work as if I am building a nation, because immigration is not only about labour force. Yes, we have money that way, fortunately. Yet immigration is about building initiative. It is about bringing citizens, and it is about all of us being treated equally and being responsible for our nation. That is what gives me the passion.

The Chair: I have to say on behalf of the whole committee that we are all very lucky that you are all Canadians and that you are making the kind of contributions you are making to the Canadian society.

Ms. Stephens, I suspect that you are not a new immigrant. I suspect that you have been here all your life, but we are very lucky that you are working in your areas as well, and I want to thank you.

Ms. Stephens: Thank you. I am very much Canadian-born, but there is a lot of Irish in me.

The Chair: With that, honourable senators, we will adjourn.

The committee adjourned.

l'Afrique, pour être honnête avec vous. J'ai échoué, je suis revenu et j'ai postulé cet emploi, un poste de gestion. Je n'avais jamais entendu parler de MOSAIC ni de S.U.C.C.E.S.S. à l'époque. Je n'avais jamais entendu parler d'un organisme qui servait les immigrants et les réfugiés, sinon j'y serais allé. J'aidais les étudiants étrangers lorsque j'allais à l'UCB : je les orientais, je leur faisais visiter la ville et je trouvais même des logements pour eux pendant un moment, le temps qu'ils s'établissent. J'avais cette expérience. Je l'ai même fait à l'Université de l'Alberta, dans le cadre de mon premier emploi après avoir obtenu mon diplôme.

Quand j'ai eu l'occasion de travailler pour MOSAIC, je voyais ça comme un emploi de transition, pendant deux années. Plus je participais, plus je voulais travailler avec les gens, et je ne pouvais plus m'en passer. J'ai vu les difficultés auxquelles les gens faisaient face, mais, en même temps, j'ai vu quelles espérances et possibilités le personnel et les bénévoles du conseil offraient aux nouveaux arrivants. Je crois que ce qui m'attire personnellement, et ce que je trouve passionnant, je me suis découvert une passion, tient au fait que je peux comprendre tous les problèmes que les gens doivent surmonter. Je peux en parler, et mon travail m'incite à avoir de l'empathie. Même en tant que directeur général, à ce jour, beaucoup d'Africains qui ont entendu parler de moi demandent à me voir, et je ne refuserais jamais; je ne dirai jamais non à une personne qui veut discuter avec moi, parce que c'est de là que je tire ma force. C'est ce qui me donne la passion et la motivation.

Le travail administratif et le fait de venir témoigner devant vous sont un honneur, un privilège. S'occuper des finances donne mal à la tête, et les ressources humaines, c'est encore pire. Mais ce qui nous motive, c'est que nous influons sur la vie des gens. Nous changeons les choses dans leur vie. Fait encore plus important, dans ce secteur, c'est que, chez MOSAIC, j'aborde mon travail comme si je créais une nation, parce que l'immigration, ce n'est pas seulement une question de population active. Oui, c'est ainsi que nous obtenons de l'argent, heureusement. Pourtant, l'immigration est une question de cultiver l'initiative. C'est une question de recruter des citoyens, et de faire en sorte que nous sommes tous traités de façon égale et que nous sommes tous responsables de notre pays. C'est ce qui me donne la passion.

La présidente : Je dois dire, au nom de tout le comité, que nous sommes très chanceux de vous compter parmi les Canadiens et de constater le genre de contributions que vous faites à la société canadienne.

Madame Stephens, je ne crois pas que vous êtes une nouvelle immigrante. Je soupçonne que vous avez toujours vécu au Canada, mais nous sommes très chanceux que vous travailliez dans le secteur aussi, et je veux vous remercier.

Mme Stephens : Merci. Je suis bel et bien née au Canada, mais j'ai beaucoup de sang irlandais.

La présidente : Sur ce, honorables sénateurs, nous allons mettre un terme à la séance.

La séance est levée.

VANCOUVER, British Columbia, Wednesday, June 4, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1:04 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Members of the public, welcome back to the meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. We are here in Vancouver this afternoon to hear from interested parties on the impacts of an aging society and more specifically to hear their views on our second interim report tabled in the Senate on March 11.

This afternoon, we have the pleasure to have before us Penny Bain, Secretary and Director, Board of Directors, BC Centre for Elder Advocacy and Support, and Charmaine Spencer, board member, Canadian Network for the Prevention Elder Abuse.

On behalf of my colleagues, I welcome you very much. We will begin with your opening remarks and then hopefully we can have some question and answer.

Penny Bain, Secretary and Director, Board of Directors, BC Centre for Elder Advocacy and Support: Thank you, Senator Carstairs. Just a note that the organization that I represent is just in the process of reconfiguring itself and we are now called the Centre for Elder Advocacy and Support, so I will be referring to us by that title. You will see that noted in my brief as well.

I will just speak for a few moments and my colleague Charmaine Spencer will be speak for a few moments and then we will both be here and available for questions from you.

First of all, I would just like to note that both Charmaine and I are here today to speak about the issue of abuse of older adults in Canada. My particular expertise is in British Columbia. Charmaine represents an organization that is a collaborative group looking at elder abuse from a Canadian perspective.

We are particularly concerned about the whole question of elder abuse. We have noted that the first brief or the most recent brief from your committee spoke about elder abuse briefly, starting on page 29, looking at the options to combat abuse and neglect. We would like to see that particular section greatly expanded in terms of its description of and indication of the scope and the impact of elder abuse. We would also like to see it become much more targeted and specific about what federal leadership

VANCOUVER, Colombie-Britannique, le mercredi 4 juin 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 h 4, pour examiner, en vue d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Mesdames et messieurs les membres du public, bienvenue à la suite de la séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité examine les incidences du vieillissement de la société canadienne. Nous sommes à Vancouver cet après-midi pour entendre les témoignages des parties intéressées sur les incidences du vieillissement de la société, et, plus précisément, pour savoir ce qu'ils pensent de notre second rapport provisoire, que nous avons déposé devant le Sénat le 11 mars.

Cet après-midi, nous avons le plaisir de recevoir Mme Penny Bain, secrétaire et directrice du conseil d'administration du BC Centre for Elder Advocacy and Support, ainsi que Mme Charmaine Spencer, membre du conseil du Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s.

Le comité est très heureux de vous accueillir. Nous allons commencer par vos déclarations préliminaires, puis j'espère que nous aurons le temps de faire une période de questions.

Penny Bain, secrétaire et directrice, conseil d'administration, BC Centre for Elder Advocacy and Support : Merci, sénateur Carstairs. Il y a une chose que j'aimerais signaler : l'organisation que je représente est en pleine restructuration et, elle porte maintenant le nom de Centre for Elder Advocacy and Support, et c'est ce que je vais utiliser pour nous désigner. Vous allez voir cela dans mon mémoire aussi.

Je ne vais parler que pendant quelques instants, et ma collègue, Charmaine Spencer, va faire de même, puis nous allons toutes deux nous mettre à votre disposition pour répondre à vos questions.

Tout d'abord, j'aimerais simplement vous dire que Charmaine et moi sommes ici aujourd'hui pour parler de la question de la violence envers les adultes âgés du Canada. Je m'occupe de cette question en Colombie-Britannique. Charmaine, quant à elle, représente un groupe qui travaille en collaboration et examine la question de la violence envers les aînés à l'échelle nationale.

Nous sommes particulièrement préoccupées par toute la question de la violence envers les aînés. Nous avons remarqué que le premier mémoire, ou le plus récent mémoire de votre comité, ne faisait qu'aborder brièvement la question de la violence envers les personnes âgées, à partir de la page 29, sous l'angle des méthodes possibles pour lutter contre la violence et la négligence. Nous aimerions que la description de la violence faite aux aînés qui figure dans cette section soit beaucoup plus précise quant à la

could do to make various aspects of our current system of addressing issues such as elder abuse more effective.

My comments will be primarily in relation to the criminal justice system response. I recognize that the Criminal Code of Canada is a federal responsibility, but the administration of the criminal justice system is a provincial matter. I want to raise these particular issues with you in a B.C. context, to indicate how the whole question of elder abuse could be addressed from a leadership perspective. Not necessarily involving legislative change, but in terms of providing guidance and support for various provincial initiatives around the effective implementation of policies that arise out of the criminal justice system.

My colleague will be speaking to you about research and work that she has done in a broader perspective because we recognize that we all work on the issue of elder abuse and its prevention much more broadly than just in the criminal justice system context.

I do not want to read out things from our brief, which is in front of you, like the description of abuse of older adults found on pages 2-3. I just want to note that abuse is much broader than physical, sexual and emotional abuse which are aspects that might first come to mind.

A great deal of the abuse that we see in our program is financial abuse. One of the areas where older adults seem to be the most vulnerable and the most victimized seems to be in financial aspects of their life. A lot of work has been done in that area, but I will say that when we talk about financial abuse, we are talking for example about financial fraud using the telephone. There is a national organization sponsored by the RCMP called PhoneBusters that looks at this problem. Their statistics show that 90 per cent of the phone frauds in the country are targeted at older adults.

That is one type of predatory behaviour that we talk about when we talk about elder abuse, but we are also talking about a form of financial abuse of older adults which is family initiated. It is largely unmentioned and quite hidden in the same sense that family violence or child abuse has been hidden for a number of years.

I want to emphasize the financial abuse and the family aspect because it is one area where people often feel a bit uncomfortable, but the consequences of that type of abuse generate a lot of the phone calls and information-seeking that we have experienced through our organization. So just to highlight that.

portée et aux répercussions de cette violence. Nous aimerions également que le contenu de la section soit beaucoup plus ciblé et spécifique quant à ce que les leaders du gouvernement fédéral pourraient faire pour rendre plus efficaces les différents aspects du système que nous utilisons actuellement pour régler les problèmes comme celui de la violence faite aux aînés.

Mes observations vont porter surtout sur l'intervention du système de justice pénale. Je sais que le Code criminel du Canada relève du gouvernement fédéral, mais l'administration du système de justice pénale est une responsabilité provinciale. Je veux vous parler de ces questions précises dans le contexte de la Colombie-Britannique, afin de vous montrer comment les leaders pourraient s'y prendre pour régler toute la question de la violence faite aux aînés. Il s'agit non pas nécessairement de modifier les lois, mais plutôt d'offrir une orientation et un soutien aux différentes initiatives provinciales touchant l'application efficace des politiques découlant du système de justice pénale.

Ma collègue va vous parler des recherches et du travail qu'elle a effectués dans une perspective plus large, parce que nous reconnaissons le fait que nous travaillons tous à régler le problème de la violence envers les aînés et à prévenir cette violence dans un contexte plus large que celui du système de justice pénale.

Je ne veux pas lire notre mémoire, que vous avez devant vous, par exemple la description de la violence envers les adultes âgés qui se trouve aux pages 2 et 3. Je veux simplement vous faire remarquer que la violence est une réalité qui dépasse largement la dimension physique, sexuelle et affective, qui sont des aspects qui viennent spontanément à l'esprit.

Dans le cadre de notre programme, une bonne partie de la violence que nous constatons entre dans la catégorie de l'exploitation financière. Il semble que l'un des domaines où les adultes âgés semblent le plus vulnérables et le plus souvent victimes, c'est l'aspect financier de leur vie. On a fait beaucoup de travail dans ce domaine, mais je dirais que, lorsque nous parlons d'exploitation financière, nous parlons par exemple de la fraude téléphonique. Il existe une organisation nationale qui est parrainée par la GRC, qui s'appelle PhoneBusters et qui lutte contre ce problème. Les chiffres fournis par l'organisation montrent que 90 p. 100 des actes de fraude téléphonique perpétrés au pays visent les adultes âgés.

C'est l'un des types de comportement de prédation dont nous parlons lorsque nous parlons de violence faite aux aînés, mais nous parlons également d'une forme d'exploitation financière des adultes âgés qui est le fait de la famille. C'est en grande partie quelque chose qu'on passe sous silence et qui est caché, au même titre que la violence familiale ou la violence faite aux enfants l'est depuis des années.

Je veux insister sur l'exploitation financière et sur l'aspect familial, parce que c'est une question qui rend souvent les gens mal à l'aise, mais les conséquences de ce genre de violence sont à l'origine de beaucoup d'appels et de demandes d'information que nous recevons. Je voulais donc simplement le souligner.

Another subject that is often uncomfortable for the general public to speak about is the sexual abuse of older adults. That discomfort makes it difficult to address on the level of broad political policy.

We are also talking about older adults' rights as all Canadians' rights to privacy, to confidentiality. They are basic human rights in various contexts, but particularly in the healthcare sector, et cetera.

Finally, we are also talking about neglect, and because I am focusing on the criminal justice system, of course there are very high standards for establishing what is neglect. But just to keep in mind that the various forms of abuse incorporate neglect.

I think probably you can imagine why seniors have become targeted by predatory behaviour either by their families or by third parties who are trying to take financial advantage of them. All the concerns that we have about people with lesser abilities to protect themselves in our society apply also to older adults when they start to experience health and other problems. We know from general crime statistics that those with any sort of health frailty or disability have a much higher incidence of being targeted by predatory behaviour or by criminal conduct.

We know that living with abuse and neglect, and this is true for all age ranges but I am speaking particularly of older adults, has a huge impact on their personal health. It affects their self-confidence, their self-esteem. It can result in depression because in many cases, we are talking about an important relationship with the person who is perpetrating the abuse and neglect.

The stresses of living in these conditions and not having them adequately addressed by the government systems that are meant to respond to them results in a very serious health consequence. So it becomes cyclical. You can see that if someone is abused in one relationship and then moves on to another and is abused in that relationship, there is a downward spiral and declining ability to function in life and to care for oneself.

What our organization has been doing for the last 15 years is focused primarily from the senior's perspective, dealing either with actual victims or with those who are simply vulnerable. Trying to provide them with some legal information and response. This has been funded through the B.C. Law Foundation for a number of years.

We have a very able paralegal who answers about 1,600 calls a year. Some result in him representing the caller. Most of his work, though, consists of giving legal information over the phone to callers from all over British Columbia.

Un autre sujet qui rend souvent les gens en général mal à l'aise, c'est l'exploitation sexuelle des adultes âgés. Ce malaise rend la question difficile à aborder dans le domaine des politiques générales.

Nous parlons également du droit à la protection des renseignements personnels, à la confidentialité, que possèdent les adultes âgés comme tous les autres Canadiens. Il s'agit de droits fondamentaux de la personne dans différents contextes, mais surtout dans le secteur des soins de santé, et ainsi de suite.

Enfin, nous parlons également de négligence, et, comme je me concentre sur le système de justice pénale, bien entendu, il existe des critères très élevés pour établir ce qui constitue de la négligence. Gardez simplement à l'esprit que la négligence fait partie des différentes formes de violence.

Je pense que vous pouvez probablement imaginer les raisons pour lesquelles les aînés deviennent la cible des comportements de prédation des membres de la famille ou de tierces parties qui essaient de profiter d'eux sur le plan financier. Toutes nos préoccupations au sujet des membres de notre société qui sont les moins aptes à se protéger touchent également les adultes âgés qui commencent à avoir des problèmes de santé, notamment. Nous savons, pour avoir consulté des statistiques générales sur les actes criminels, que les gens dont la santé est fragile ou qui ont un handicap sont beaucoup plus souvent la cible de comportements de prédation ou criminels.

Nous savons que le fait de subir de la violence et de la négligence — et ce que je dis est vrai pour tout le monde, peu importe l'âge, mais je parle plus précisément des adultes âgés — a des répercussions extrêmement profondes sur la santé des victimes. Ces actes minent leur confiance en soi, leur estime de soi. Ils peuvent mener à la dépression, parce que, dans de nombreux cas, la relation entre la victime et l'auteur des actes de violence et de négligence est une relation importante.

Les facteurs de stress liés à ces conditions de vie et le fait que les systèmes gouvernementaux qui sont censés permettre de régler ces problèmes ne donnent pas les résultats escomptés engendrent des conséquences très graves sur le plan de la santé. Les problèmes deviennent ainsi cycliques. Vous voyez que si une personne remplace une relation où il y a de la violence par une autre où il y en a aussi, c'est un cercle vicieux, et la capacité de la personne de fonctionner et de s'occuper d'elle-même diminue.

Les activités des 15 dernières années de notre organisation ont été axées surtout sur les personnes âgées, et nous nous sommes occupés soit de victimes, soit de personnes qui sont simplement vulnérables. Nous essayons de leur fournir de l'information juridique et d'intervenir. Nos activités sont financées depuis de nombreuses années par la B.C. Law Foundation.

Nous avons un technicien juridique très compétent qui répond à environ 1 600 appels par année. Dans certains cas, il finit par représenter la personne qui appelle. La majeure partie de son travail consiste cependant à fournir de l'information juridique au téléphone à des personnes qui appellent de partout en Colombie-Britannique.

In addition to those legal information services, the organization also has developed training materials and carries out a number of training workshops for various professionals who are working in the area of elder abuse.

Part of the material was developed as a result of three years of funding from the National Crime Prevention Centre. That funding resulted in a very detailed information package. Research that went into the development of that package resulted in the recommendations that I am going to dwell on when I get to the specifics about the justice system.

We have just received funding from the BC Law Foundation to start a law clinic. We are now in the process of hiring a lawyer who will be able to represent older adults in asserting some of the legal remedies that they might not otherwise be able to assert because our provincial legal aid plan is quite limited in terms of legal supports for victims.

Certainly if an older adult is the alleged perpetrator of a crime, they can get standard Legal Aid. But if they are a victim of a crime, for example, financial abuse by a family member, and they cannot afford a lawyer, we will be one of the alternatives for them in the province to respond to that.

The primary focus of my comments from the centre's perspective is an appropriate role for the federal government in helping Canadians to live free from abuse and neglect. We have developed these recommendations based, as I mentioned, on some research that was funded by the National Crime Prevention Centre. Since then, the Crime Prevention Centre has changed its priorities and so the last time we applied for funding to continue some of this work, we were told, "No, we only fund projects relating to youth." That was last year. This year, they only fund prevention projects relating to substance abuse.

So I guess basically one of my messages is that there seems to be no recognition within the National Crime Prevention Centre that crime prevention needs to span all age groups. Not that the federal government is not funding other activities in this area, but that particular one was very supportive of us for a number of years.

I want to give you an example of a couple of calls that I myself dealt with. I am now retired, but I was the executive director of the centre and in that capacity was primarily a paralegal who answered all those information calls I told you about. But a few other calls came to me and I just wanted to give you some examples of typical calls.

Drug addiction can be a huge problem within the population and the calls that I received have been older adults who are being harassed and abused by drug-addicted adult children. In one

En plus de ces services d'information juridiques, l'organisation a créé du matériel de formation et offre un certain nombre d'ateliers de formation à des professionnels qui travaillent dans le domaine de la violence faite aux aînés.

Nous avons élaboré une partie de ce matériel grâce au financement que nous avons reçu pendant trois ans du Centre national de prévention du crime. Ça a donné une trousse d'information très détaillée. Les travaux de recherche que nous avons faits pour mettre au point cette trousse sont à l'origine des recommandations dont je vais parler tout à l'heure lorsque j'aborderai des points précis au sujet du système de justice.

Nous venons tout juste de recevoir du financement de la part de la B.C. Law Foundation pour fonder une clinique d'aide juridique. Nous sommes en train d'embaucher un avocat qui pourra représenter des adultes âgés et les aider à faire valoir certains recours judiciaires qu'ils n'arriveraient peut-être pas à faire valoir sans lui, parce que notre régime d'aide juridique provincial est assez limité en ce qui concerne le soutien juridique offert aux victimes.

Les adultes âgés qui sont l'auteur présumé d'un crime peuvent certainement avoir accès à l'aide juridique normale. Cependant, s'ils sont la victime d'un acte criminel, par exemple, l'exploitation financière par un membre de leur famille, et s'ils n'ont pas les moyens d'avoir recours à un avocat, nous allons leur offrir l'une des solutions de rechange possibles dans la province pour ce genre de situation.

Mes observations, pour ce qui touche le centre, ont trait principalement au rôle adéquat du gouvernement fédéral pour ce qui est d'aider les Canadiens à se protéger contre la violence et la négligence. Nous avons formulé ces recommandations en fonction, comme je l'ai déjà mentionné, des travaux de recherche financés par le Centre national de prévention du crime. Depuis, ce centre a changé de priorités, ce qui fait que la dernière fois que nous avons demandé du financement pour poursuivre ce travail, on nous a répondu : « Non, nous ne finançons que des projets axés sur la jeunesse. » C'était l'an dernier. Cette année, le Centre national de prévention du crime ne finance que des projets de prévention de la toxicomanie.

Je dirais donc que, en gros, l'un des messages que j'ai à livrer, c'est qu'on ne semble pas reconnaître, au Centre national de prévention du crime, que la prévention du crime doit toucher tous les groupes d'âge. Ce n'est pas que le gouvernement fédéral ne finance pas d'autres activités dans le domaine, mais c'est que ce centre nous a beaucoup soutenus pendant des années.

Je veux vous donner deux ou trois exemples d'appels auxquels j'ai moi-même répondu. J'ai pris ma retraite, mais j'ai été directrice générale du centre, et, dans le cadre de ce poste, j'ai surtout répondu, à titre de technicienne juridique, à toutes ces demandes d'information au téléphone dont je vous ai parlé déjà, mais j'ai reçu d'autres appels aussi, et je voulais vous donner quelques exemples du genre d'appels que nous recevons habituellement.

La toxicomanie peut être un problème énorme au sein de la population, et j'ai reçu des appels d'adultes âgés qui étaient harcelés et qui étaient victimes d'actes de violence commis par

particular scenario, I have suggested a grandson, but it could be a son. When a drug addict in the family knows that a senior has some financial resources, often that is senior can be the target of subtle pressure where there is difficulty within the family in distinguishing between natural gifts to grandchildren or to children, and coercion. Often it is quite clear that the line has been crossed and that the senior is in fear of their life if they do not in fact turn over all of their resources to this abuser. What is the appropriate criminal justice system response in those cases?

We often get calls from caregivers and particularly managers of facilities that provide care to seniors, just seeking some information. We do not represent those organizations or facilities. We only represent seniors themselves, but we do give information obviously to family members and to others.

One scenario that often is the first indication that financial abuse is being perpetrated by a family member is where, for example, the older adult is in the care facility and has given the power of attorney perhaps to an adult son. The son is now spending that parent's money for their own purposes even though the duty is to spend the money for the benefit of the person who granted the power of attorney. In this case, we will get a phone call from a facility's manager saying the father or grandfather's bills are not being paid, what can we do about this? What is underlying it is criminal behaviour, the misappropriation of the senior's funds.

In British Columbia, there is a complex network of Health Authority, Public Guardian and Trustee. We have victim service workers in the province. There are a number of agencies that could respond. We have a network that you will hear about in the brief from the Community Response Network Association. We have a system that has been mandated under provincial legislation to bring together community groups to respond to elder abuse.

There are a number of ways of responding to these kinds of situations in the healthcare system, the legal system and, if I can call it that, the social support system. But what I wanted to focus on was the appropriate response from the criminal justice system when there is clearly a criminal act and often it is absolutely clear that the conduct is not something that is has really been approved by the older adult? Of course, that becomes a gray area, as I say, when it is family relationships.

leurs enfants d'âge adulte et toxicomanes. Dans un scénario particulier, je parle d'un petit-fils, mais ça pourrait être aussi le fils de quelqu'un. Lorsqu'un membre de la famille qui est toxicomane sait qu'un membre âgé de la famille dispose de certaines ressources financières, il arrive souvent que cette personne âgée devienne la cible de pressions subtiles, puisqu'il est difficile pour la famille de faire la distinction entre les cadeaux qu'il est naturel pour les grands-parents de faire à leurs petits-enfants ou à leurs enfants et la coercition. Bien souvent, il est très clair qu'on a dépassé les bornes et que la personne âgée craint d'être en danger si elle ne met pas toutes ces ressources à la disposition de l'auteur des actes de violence. De quelle façon le système de justice pénale doit-il intervenir dans ce genre de cas?

Nous recevons souvent des appels de soignants, et surtout de gestionnaires d'établissements qui offrent des soins aux personnes âgées, et ces gens veulent simplement obtenir de l'information. Nous ne représentons pas ces organisations ou établissements. Nous ne représentons que les personnes âgées elles-mêmes, mais, évidemment, nous acceptons de donner de l'information aux membres de la famille et à d'autres personnes.

Un scénario qui est souvent le premier indice qu'un membre de la famille exploite financièrement une personne âgée, c'est le cas où par exemple, cette personne âgée vit dans un établissement de soins et a donné une procuration à un fils d'âge adulte, par exemple. Le fils utilise l'argent de son père ou de sa mère pour lui, même si son devoir est de dépenser l'argent pour répondre aux besoins de son père et de sa mère, ce qui est l'objectif de la procuration. Ce qui va arriver dans ce cas, c'est que nous allons recevoir un appel de la part du gestionnaire de l'établissement qui va nous expliquer que les factures du père ou du grand-père ne sont pas payées; que pouvons-nous faire? Ce qu'il y a là-dessous, c'est un comportement criminel, le détournement des fonds appartenant à la personne âgée.

En Colombie-Britannique, il y a un réseau complexe composé de la régie de la santé, du curateur public et du tuteur. Il y a aussi dans la province des travailleurs sociaux qui s'occupent des victimes. Il y a un certain nombre d'organismes qui peuvent intervenir. Nous avons un réseau au sujet duquel vous allez lire certaines choses dans le mémoire de la Community Response Network Association. Nous avons un système auquel la loi provinciale a conféré le mandat de rassembler les groupes communautaires dans le but d'intervenir en cas de violence envers les aînés.

Il y a un certain nombre de façons d'intervenir dans ce genre de situations au sein du réseau de la santé, du système judiciaire, et, si je peux appeler cela comme ça, du système de soutien social. Je voulais cependant me concentrer sur ce qui constitue une intervention appropriée du système de justice pénale lorsqu'il est clair qu'un acte criminel a été perpétré, et, dans bien des cas, il est tout à fait clair que les gestes posés ne sont pas quelque chose que l'adulte âgé a vraiment approuvé. Bien entendu, ça devient alors une zone grise, comme je dis, lorsqu'il s'agit de relations familiales.

The criminal justice system of course is armed with its usual responses to crimes. What we found in the research we have done and the work we have carried out is that a number of those responses from the criminal justice system are not appropriate in cases of elder abuse. The responses that are the normal way of responding to, say, a robbery at a bank or a theft on the street or whatever, are not necessarily going to be the way to hold these perpetrators accountable. Basically, we need to stop them doing what they are doing and hopefully recover some of the funds.

We need to hold the perpetrator accountable and get some protective system in place so the abuse stops and the older adult becomes safer. Then finally, through civil remedies and some criminal remedies, if the funds have not completely gone to the cocaine dealer or whatever, we need to find ways of trying to recover some funds for the senior.

You might think it is straightforward: if it is a crime, it is a crime and the police can take care of it. But the problems come with the kinds of remedies that the criminal justice system is most comfortable with — arrest and detention, perhaps enforcing protection orders that are issued by the judge in the court, et cetera. When you start to try to overlay civil remedies like civil protection orders and civil suits for recovery of funds with the criminal justice system response, you get a lot of confusion.

In British Columbia, we get confusion because we have health authorities in the province mandated under provincial legislation to investigate circumstances relating to abuse and neglect, and their mandate often gets confused with the criminal justice system, the police response in a particular situation. So there are all these questions about protocols and procedures developed perhaps 20 years ago in relation to, for example, investigating child abuse. Cases involving the elderly are not being worked through the system with the same level of attention and sophistication.

The spotlight has not been shone on some of the complexities of trying to balance the criminal justice system response with healthcare and social work response in this area.

I realize I have spoken for a bit of time here, but if I could, can I just touch on some of the recommendations in the report just to highlight them?

The Chair: Yes.

Ms. Bain: I am now at page 7. I am aware the role of Crown prosecutors is always a touchy subject because the Crown is independent. At the moment, we have some inquests relating to family violence where there is a lot of toing and froing about whether or not the Crown can be asked to testify at the inquest about what principles they applied in making a decision about

Bien sûr, le système de justice pénale a ses façons habituelles d'intervenir lorsqu'un crime a été commis. Ce que nous avons constaté, dans le cadre des études et des travaux que nous avons effectués, c'est qu'un certain nombre des interventions du système de justice pénale ne sont pas appropriées dans les cas de violence faite aux aînés. Les mesures qui sont la façon normale d'intervenir en cas, disons de vol dans une banque ou dans la rue, ne sont pas nécessairement la bonne façon d'obliger les auteurs de ces actes à rendre des comptes. Grosso modo, nous devons les empêcher de continuer de perpétrer les actes en question et espérer qu'il sera possible de récupérer une partie des fonds.

Nous devons forcer la personne à rendre compte de ses actes et mettre en place un système de protection pour que l'exploitation cesse et pour assurer la sécurité de l'adulte âgé. Enfin, par des recours civils et certains recours pénaux, si tout l'argent n'est pas déjà allé chez le vendeur de cocaïne ou ailleurs, nous devons trouver le moyen de récupérer une partie de l'argent pour le remettre à la personne âgée.

Vous pouvez imaginer que c'est simple : si c'est un crime, c'est un crime et c'est la police qui va s'en occuper. Mais les problèmes découlent du genre de recours qui est le plus naturel pour le système de justice pénale — l'arrestation et la détention, l'application éventuelle d'ordonnances de protection prononcées par le juge au tribunal, et ainsi de suite. Lorsqu'on ajoute aux mesures du système de justice pénale les recours civils comme les ordonnances de protection civile et les poursuites au civil dans le but de récupérer l'argent, tout devient très confus.

En Colombie-Britannique, ce qui est une source de confusion, c'est que les régies de la santé de la province ont, de par la loi provinciale, le mandat d'enquêter lorsqu'il y a une situation de violence ou de négligence, et on mêle souvent ce mandat et les mesures du système de justice pénale, les mesures prises par la police dans une situation donnée. Il y a donc toutes ces questions au sujet de protocoles et de procédures définis il y a peut-être 20 ans par rapport, disons, aux enquêtes en cas de violence envers les enfants. Les cas touchant des personnes âgées ne sont pas traités dans le système avec le bon degré d'attention et de délicatesse.

On n'a pas encore fait la lumière sur certaines des difficultés liées au fait d'essayer de trouver un équilibre entre l'intervention du système de justice pénale et l'intervention des organisations de soins de santé et de travail social dans ce domaine.

Je sais que ça fait un petit bout de temps que je parle, mais me permettez-vous de commenter brièvement certaines des recommandations qui figurent dans le rapport, simplement pour les mettre en lumière?

La présidente : Oui.

Mme Bain : Je suis maintenant à la page 7. Je sais que le rôle des procureurs de la Couronne est toujours un sujet délicat, parce que la Couronne est indépendante. En ce moment, il y a des enquêtes sur la violence familiale, et il y a beaucoup d'hésitation quant à savoir si la Couronne peut être citée à témoigner dans le cadre d'une enquête au sujet des principes qu'elle applique

detention orders or not, et cetera. Anyway, this is about fraud, which is a provincial area of jurisdiction.

Federal leadership might be to indicate that, throughout the country, we should have some level of uniform accessibility of our criminal justice system response. To say that even though access to justice and the administration of justice is a provincial responsibility, from a federal perspective, we do not want to see vulnerable seniors left with an inappropriate response from the justice system because of some of these barriers.

Charging policies. There are some complexities around whether or not proceeding with a particular criminal charge is in the public interest. We would like to see some policy statement broadly stated by all Crowns, all provincial governments across the country, that it is always in the public interest to prosecute a case in which a vulnerable adult has been seriously abused.

We have a policy in B.C. called the Violence Against Women in Relationships policy which has that type of statement embedded. It means that a vulnerable spouse, and it could be male, but it is primarily directed at women, has their vulnerability, dependency, the barriers they face in accessing the justice system, taken into account. We would like to see a similar kind of policy in place around elder abuse issues.

The role of the police. Often police officers will say to us that they are confused about their role. Under provincial legislation, they are usually to accompany the individual who has been mandated by provincial legislation to investigate something and keep the peace. They may also be uncovering evidence of a crime. They have a continuing responsibility for the enforcement of the Criminal Code of Canada, even though they have also got another hat on at the particular incident that relates to their role, a protective role where another provincial authority is taking a lead.

In British Columbia, that would be the Health Authority under our Adult Guardianship Part 3 legislation, or our Public Guardian and Trustee's office.

The police involvement in the prosecution of vulnerable adults. There seems to be confusion about their role, as a result of all sorts of pressures on individual police officers, within police departments, within philosophies of policing authorities at a provincial level, and on the RCMP. I think incidents need to be investigated in the same way that crimes are investigated, but while trying to balance and take into account police responsibilities under the provincial legislation.

We would like to see emphasis on respecting the complexity of these kinds of cases and the delicacy of the situation of the victim, the vulnerability of the victim, by ensuring that the investigations take place in the investigative branches, not just having a general

lorsqu'elle rend sa décision concernant une ordonnance de détention, et ainsi de suite. De toute façon, aujourd'hui, nous parlons de la fraude, qui est un domaine de compétence provinciale.

Le rôle du gouvernement fédéral, ça pourrait être de dire qu'il devrait y avoir une certaine uniformité, partout au pays, dans l'accès au système de justice pénale. De dire que, même si l'accès à la justice et l'administration de la justice relèvent des provinces, du point de vue du gouvernement fédéral, nous ne voulons pas voir des personnes âgées vulnérables faire l'objet d'une intervention inappropriée du système judiciaire en raison de certains de ces obstacles.

Les politiques en matière de poursuites. Il est assez difficile de déterminer s'il est dans l'intérêt de la population qu'on porte des accusations pénales dans telle ou telle affaire. Ce que nous aimerions voir, c'est un énoncé stratégique clair de la part de toutes les administrations, de tous les gouvernements provinciaux du pays, selon laquelle il est dans l'intérêt de la population qu'on intente des poursuites lorsqu'un adulte vulnérable a été victime d'actes de violence graves.

Il y a en Colombie-Britannique une politique qui porte le nom de Violence Against Women in Relationships, et ce type d'énoncé en fait partie. Ça signifie qu'on tient compte de la vulnérabilité, de la dépendance, des obstacles à l'accès au système judiciaire des conjointes vulnérables — et ça pourrait être un conjoint, mais c'est une politique qui vise surtout les femmes. Nous aimerions voir adopter une politique du genre par rapport à la violence envers les aînés.

Le rôle de la police. Il arrive souvent que des agents de police nous disent qu'ils ne comprennent pas bien leur rôle. Dans le cadre de la loi provinciale, ils doivent généralement accompagner la personne qui a le mandat d'enquête, toujours d'après la loi provinciale, et de maintenir la paix. Il se peut aussi que les agents découvrent la preuve qu'un crime a été commis. Ils ont une responsabilité permanente d'application du Code criminel du Canada, même s'ils ont d'autres fonctions par rapport à un incident donné qui a trait à leur rôle, un rôle de protection dans une situation où une autre autorité provinciale a l'initiative.

En Colombie-Britannique, cette autre autorité provinciale, c'est la régie de la santé, selon la partie 3 de la Adult Guardianship Act, ou encore selon notre Public Guardian and Trustee's office.

La participation de la police aux poursuites auxquelles sont parties des adultes vulnérables. Il semble que le rôle de la police est confus, du fait de l'existence de toutes sortes de pressions sur les agents de police, dans les services de police, dans les principes des autorités policières à l'échelon provincial, ainsi que sur la GRC. Je pense qu'il faut faire le même genre d'enquête en cas d'incident qu'en cas de crime, tout en essayant de trouver l'équilibre par rapport aux responsabilités que confère la loi provinciale aux services de police et tout en tenant compte de celles-ci.

Nous aimerions voir l'accent mis sur le respect de la complexité de ce genre de cas et du caractère délicat de la situation de la victime, de la vulnérabilité de la victime, ce qui supposerait de s'assurer que les enquêtes ont lieu dans les services d'enquête,

officer who is asked to respond. We get so many calls from relatives trying to help older adults or older adults themselves, who are totally frustrated because they have told their story "to the police," and they just do not get any response. We do not think it is because the senior is not accurate in what they are saying. We think there is just a lot of misunderstanding and failure to communicate and failure to commit to the investigation of these cases.

Vancouver has a fraud squad with ten officers. However, this is a huge city with very sophisticated crime in the financial sector. All financial corporate crime as well as incidences of, say, abuse of power of attorney that results in a senior's savings being wiped out are investigated by those ten officers.

Of course, police departments have to have policies of practices for allocating their resources, but we found, for example, the Edmonton Police Department has a policy that takes into account the impact on the victim of the particular fraud when they are trying to decide whether or not they will investigate it. We would like to get the message across in a national way that these are very important cases for the individuals involved. It can be life and death, literally, even though it appears to be just about money. It is not the same as CIBC making a bad investment.

There have been commitments by various provincial governments to track, say, family violence cases or child abuse cases within their system, so that research can be done and a window can be opened and some light shone on this problem. None of that takes place in relation to abuse of older adults and so all of the cases are kind of lumped together and it is very hard to identify what is an elder abuse case when you're looking at research.

Many of these barriers I have been mentioning, like getting the police to investigate, knowing how to make a complaint, et cetera, result in many fewer crimes being acknowledged in the system than actually occur. Once there are there, however, it is very hard to identify them.

Expediting files involving vulnerable older adults through the court system. This is something that is tried with various kinds of cases in the court system, but not in this area.

Providing sufficient resources to the Crown. Again, that is a provincial issue, but essentially, the Crown being under-resourced makes some difference to them in terms of what kinds of cases they will actually approve for charges. There was one police officer in Canada who was specializing in researching power of attorney abuse cases, investigating them, coming up with detailed bank records, et cetera, in order to prove significant fraud. It is not rocket science, but it is complex. It requires a lot of resources. The only reason that officer was successful in getting convictions

plutôt que de demander à un agent ordinaire de répondre. Nous recevons tellement d'appels de membres de la famille d'adultes âgés qui essaient de les aider ou encore de la part de ces adultes âgés eux-mêmes, qui sont frustrés au plus haut point parce qu'ils ont raconté leur histoire « à la police », mais n'ont obtenu aucune réaction. Nous ne pensons pas que c'est parce que les aînés ne racontent pas les faits exactement comme ils se sont déroulés. Nous pensons qu'il y a tout simplement beaucoup de malentendus et d'échecs de communication, ainsi qu'un manque d'engagement à enquêter dans ces cas.

À Vancouver, il y a une escouade de la fraude composée de dix agents. C'est cependant une ville énorme où les actes criminels perpétrés dans le domaine financier sont très subtils. Ce sont ces dix agents qui se chargent des enquêtes en ce qui concerne tous les actes criminels de nature financière touchant les entreprises ainsi que les cas, par exemple, d'abus de procuration qui font perdre toutes leurs économies à des aînés.

Bien entendu, les services de police doivent avoir des politiques relatives à leurs pratiques d'affectation des ressources, mais nous avons découvert que le service de police d'Edmonton, par exemple, a une politique qui fait qu'on tient compte des répercussions sur la victime de tel ou tel acte de fraude lorsqu'on décide d'enquêter ou non. Le message que nous aimerions livrer à l'échelle nationale, c'est qu'il s'agit de cas très importants pour les personnes touchées. Ça peut être une question de vie ou de mort, même s'il semble qu'il ne s'agisse que d'argent. Ce n'est pas la même chose que si la CIBC fait un mauvais investissement.

Certains gouvernements provinciaux se sont engagés à surveiller les cas de violence familiale ou de violence faite aux enfants dans leur système, par exemple, de façon à permettre des travaux de recherche, à créer une possibilité et à mettre le problème en lumière. On ne fait rien de cela en ce qui concerne la violence envers les adultes âgés, ce qui fait que tous les cas sont en quelque sorte regroupés et qu'il est très difficile de déterminer quels sont les cas de violence faite aux aînés lorsqu'on regarde les recherches.

Beaucoup de ces obstacles que j'ai mentionnés, comme le fait de pousser la police à enquêter, comme le fait de savoir comment formuler une plainte, et ainsi de suite, ont pour effet qu'on comptabilise dans le système un nombre d'actes criminels de beaucoup inférieur à la réalité. Une fois qu'ils sont comptabilisés, cependant, ils sont très difficiles à repérer.

Le traitement rapide des dossiers auxquels sont partie des adultes âgés au sein de l'appareil judiciaire. C'est quelque chose qu'on essaie de faire pour différents types de cas au sein de l'appareil judiciaire, mais pas dans le domaine qui nous intéresse.

Fournir des ressources suffisantes à la Couronne. Encore une fois, c'est un problème qui touche les provinces, mais, essentiellement, le fait que la Couronne dispose de ressources insuffisantes change quelque chose aux types de cas dans lesquels on autorise les poursuites. Il y avait au Canada un seul agent de police qui se spécialisait dans la détection des cas d'abus de procuration, qui faisait enquête sur ce genre de cas, qui présentait des relevés de comptes bancaires détaillés, entre autres, pour prouver que des actes de fraude importants avaient été commis.

was because he was paired with a Crown who was also becoming experienced in these cases and had the time and the resources to prosecute. Cases can take a lot of time and a lot of court resources, so it is a temptation on the Crown's part just not to want to proceed unless there is an absolutely lock-down case.

Policing and other agencies. The work that needs to be done to make sure that officers know what their role is in relation to the various agencies that are mandated in their communities and that protocols are worked out to ensure ongoing training for police and the agencies that they need to work with.

Another big area of concern is protocols between banks and other financial institutions and reporting to police. Often, the banks will have very rigid, strict policies based on both federal and provincial legislation relating to privacy and confidentiality. So essentially, if the senior is being financially abused but has not given consent to release that information, the bank is very reluctant to go forward even though it is clear to them that a crime is taking place.

There are exemptions within both federal and provincial legislation that provide for institutions like banks being able to breach confidentiality in order to report a crime, but it is not always clear cut and often there are a lot of internal-to-the-bank procedural barriers to reporting. It would help if there were a federal initiative helping banks and financial institutions to develop appropriate protocols and responses, based on the understanding that they have a public duty and how that relates to the various criminal and provincial laws involved in being able to work more effectively with police.

I just go back to the example of this investigative police officer in Saskatchewan. What he did was have regular meetings with all the senior bank people in his community and let them know what the police were seeing in terms of trends around abuses against older adults. They would provide him with information about trends they were seeing, though not about specific cases. When a specific case did come up, the bank individual who realized, yes, this is a crime and I need to report it, knew who to go to. It just improved the communication.

Ce n'est pas hors de portée, mais c'est quelque chose de complexe. Ça prend beaucoup de ressources. Le seul facteur qui fait que cet agent de police réussissait à faire condamner les auteurs de crime, c'est qu'ils travaillaient en équipe avec un procureur de la Couronne qui commençait lui aussi à acquérir de l'expérience dans ce domaine et qui avait le temps et les ressources nécessaires pour intentier des poursuites. Les cas peuvent exiger beaucoup de temps et l'utilisation de beaucoup des ressources du tribunal, alors il est tentant pour le procureur de la Couronne de n'intenter des poursuites que si l'issue d'une affaire est absolument certaine.

Les services de police et autres organismes. Il faut faire un certain travail pour s'assurer que les agents connaissent leur rôle par rapport aux différents organismes qui ont le mandat d'intervenir dans leurs collectivités ainsi que pour s'assurer qu'il y ait des protocoles de formation permanente des agents de police et des membres des organismes avec lesquels ils doivent travailler.

Une autre question très préoccupante, c'est celle des protocoles touchant la communication d'informations à la police par les banques et autres institutions financières. Dans bien des cas, les banques ont des politiques très strictes et qui sont fondées sur les lois fédérales et provinciales relatives à la protection des renseignements personnels et de la confidentialité. Ainsi, en gros, si un aîné est victime d'exploitation financière, mais n'a pas donné son consentement quant à la divulgation de telle ou telle information, la banque peut être très réticente à communiquer l'information à la police même s'il est clair qu'un acte criminel est commis.

Les lois fédérales et provinciales prévoient des exceptions qui permettent à des institutions comme les banques d'enfreindre les règles de confidentialité en cas d'actes criminels, mais ces exceptions ne sont pas toujours bien définies, et il y a souvent beaucoup d'obstacles procéduraux internes à cet égard. Ce serait utile qu'il y ait une initiative fédérale visant à aider les banques et les autres institutions financières à élaborer des protocoles et des mesures d'intervention appropriés qui soient fondés sur l'idée que ces organisations ont un devoir public, ainsi que sur la façon dont celui-ci s'inscrit dans le cadre des différentes lois pénales et provinciales, pour que les banques et les autres institutions financières puissent collaborer avec la police de façon plus efficace.

Je reviens à l'exemple de cet enquêteur de la Saskatchewan. Ce qu'il faisait, c'est qu'il tenait régulièrement des réunions avec tous les hauts placés des banques de sa collectivité, et il leur communiquait des tendances qu'avait relevées la police au chapitre de l'exploitation des adultes âgés. Les gens des banques lui fournissaient quant à eux de l'information sur les tendances qu'eux avaient relevées, sans décrire de cas précis. Lorsqu'un cas précis survenait, la personne qui, à la banque, s'apercevait qu'il s'agissait d'un acte criminel et qu'elle devait le déclarer à la police, savait à qui s'adresser. La communication s'en trouvait tout simplement améliorée.

There are a lot of non-profit organizations that are not directly governmental but which receive their funding as part of a government mandate around providing support or services to seniors. They themselves need to have protocols in place when they recognize that there is a need to report.

Similarly, in this province we are lucky because our provincial government does fund victim service workers in the province. They similarly need protocols and training around recognizing elder abuse and reporting, et cetera.

Restorative justice is a concept that is often looked to within the criminal justice system as an alternative to conflictual, adversarial proceedings. With restorative justice, some guidelines or awareness need to be placed on those that are managing that process to recognize the need for safety and protection for the victim of the "crime," just in the same way that vulnerability in spousal abuse cases or child abuse cases would be recognized.

We need to ensure that information is out there and the language is spoken in the community about all of these issues.

Develop more monitoring procedures particularly in relation to residential care settings, and I will leave it to Charmaine to speak about that.

All provinces have some sort of criminal injuries compensation. So a crime has taken place, not necessarily prosecuted and convicted, but the victim is entitled to apply for some compensation.

We need to take into account some of the additional needs that seniors have in order to be safe. These relate to the dependency concerns we have been talking about. So it might be that for the senior to be safe, not only do they need a cell phone that is speed dialed to 911 and an alarm on their door, but they also need some support services to come in and make sure that they are not having to go back to the abuser for basic healthcare.

Programs like Block Watch and other sort of crime prevention programs need to expand their thinking and take into account the needs of older adults. We need vigorous education for older adults about spotting frauds and how to prevent them.

Next Monday, I am giving a talk to 40 seniors that was organized by a local health authority about powers of attorneys and some of the strengths and pitfalls of powers of attorney and signing agreements related to healthcare, consent to healthcare or not, as the case may be. Older adults really need to understand

Il y a beaucoup d'organisations sans but lucratif qui ne relèvent pas directement du gouvernement, mais qui reçoivent leur financement dans le cadre du mandat du gouvernement qui a trait au soutien ou aux services offerts aux aînés. Ces organisations doivent elles-mêmes mettre en place des protocoles pour les cas qu'elles doivent signaler à la police.

De même, nous sommes chanceux, ici, parce que le gouvernement provincial offre du financement aux travailleurs des services aux victimes. Ces gens-là ont aussi besoin de protocoles et de formation pour savoir reconnaître les cas de violence envers les aînés et pour savoir comment en faire état, et ainsi de suite.

La justice réparatrice est un concept qu'on envisage souvent comme solution de rechange aux procédures accusatoires et conflictuelles au sein du système de justice pénale. Dans ce domaine, il faut établir des lignes directrices à l'intention des gens qui gèrent le processus et il faut les sensibiliser au besoin de sûreté et de protection de la victime de l'« acte criminel », de la même façon qu'on reconnaît la vulnérabilité de la victime dans les cas de violence conjugale ou de violence envers les enfants.

Nous devons nous assurer que l'information est accessible et qu'on discute de ces problèmes dans les collectivités.

Mettre au point davantage de procédures de surveillance, surtout en ce qui a trait aux soins à domicile; je vais laisser Charmaine parler de cela.

Il y a dans toutes les provinces une forme ou une autre d'indemnisation des victimes d'acte criminel. Ainsi, lorsqu'un acte criminel a été posé, même s'il n'a pas nécessairement fait l'objet de poursuites et que l'auteur n'a pas nécessairement été déclaré coupable, la victime a le droit de demander une certaine indemnisation.

Nous devons tenir compte de certaines des choses supplémentaires dont les aînés ont besoin pour être en sécurité. Ces choses ont trait aux préoccupations relatives à la dépendance dont nous avons parlé. Il se peut que, pour qu'une personne âgée soit en sécurité, elle ait besoin non seulement d'un téléphone cellulaire avec une touche de composition rapide pour le 911 et d'un système d'alarme pour son domicile, mais également que les gens d'un service de soutien interviennent et s'assurent qu'elle n'ait pas à s'adresser à l'auteur de l'acte de violence pour obtenir des soins de santé de base.

Les gens qui s'occupent de programmes comme Block Watch et les autres types de programmes de prévention du crime doivent changer leur façon de voir les choses et ils doivent tenir compte des besoins des adultes âgés. Nous avons besoin de bons programmes d'information visant à montrer aux adultes âgés à déceler et à prévenir les actes de fraude.

Lundi prochain, à l'occasion d'une conférence organisée par une régie régionale de la santé, je vais parler à 40 personnes âgées des procurations et des avantages et inconvénients des procurations et des ententes écrites liées aux soins de santé, au consentement à recevoir des soins de santé ou à ne pas en recevoir,

that when they get to the point of being dependent on others to make decisions for them, what is involved in that and under what circumstances they can revoke that consent.

We have developed some small cards for police to carry around with them about signs of abuse. Helping to identify signs of abuse and where to report and what their responsibilities are under some provincial legislation.

Focusing on physicians, healthcare providers, et cetera, around education.

Finally, just to note that a lot of the fraud takes place in relation to misappropriating government pensions and that the Income Security Branch perhaps needs to do a bit more around educating their call centre staff, et cetera, to help them to spot some of the signs of abuse when a caller calls about that kind of problem.

Charmaine Spencer, Member of the Board, Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse: Good afternoon. I am Charmaine Spencer. I am a gerontologist with Simon Fraser University, and I have been researching and working with community organizations on various aspects of abuse and neglect in later life since 1992. That includes having written close to a dozen major publications for government and community groups on various aspects of this multidimensional issue from a cross-Canada perspective.

I am also co-chair for the Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse. CNPEA began 10 years ago as a volunteer and a national network of local, regional and provincial organizations, government representatives, service providers, academics, seniors and other interested persons whose focus is on effective abuse prevention, education and intervention.

CNPEA is the only national network in Canada whose focus is specifically on abuse and neglect. We have a regionally representative board of 19 anglophone and francophone members from across Canada who jointly bring over 160 years of experience on these issues. We are basically older than confederation.

Today, I am speaking primarily in my professional capacity more than my board capacity, but I do wear those two hats in this discussion. I wish to commend the Senate committee for the wide-ranging effort that they have made with this second interim report to identify the various options in the area of aging in Canada. The committee decided to limit its perspective to individual aging and supporting individual aging, but those broad trends and those cumulative effects across populations are equally important.

selon le cas. Les adultes âgés doivent bien comprendre ce que cela suppose lorsqu'ils en arrivent à être dépendants d'autres personnes qui prennent les décisions à leur place, et ils doivent connaître les situations dans lesquelles ils peuvent retirer le consentement donné.

Nous avons créé de petites cartes que les agents de police peuvent avoir sur eux en tout temps et qui ont pour but de les aider à déceler les signes de violence. Il s'agit de les aider à déceler les signes de violence, à savoir à qui en parler et quelles sont les responsabilités que leur confère la loi provinciale.

Axer la sensibilisation sur les médecins, les fournisseurs de soins de santé, entre autres.

Enfin, je veux simplement faire remarquer que beaucoup d'actes de fraude consistent en le détournement de pensions gouvernementales, et il faudrait peut-être que la Direction générale de la sécurité du revenu renseigne mieux le personnel de son centre d'appels, entre autres, pour aider les membres de ce personnel à déceler certains signes d'exploitation lorsqu'une personne téléphone au centre d'appels pour parler de ce genre de problème.

Charmaine Spencer, membre du conseil, Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s : Bonjour. Je m'appelle Charmaine Spencer. Je suis gérontologue à l'Université Simon Fraser, et, depuis 1992, je travaille auprès d'organisations communautaires et je fais des recherches sur les différents aspects de la violence et de la négligence dont sont victimes les personnes âgées. J'ai rédigé près d'une douzaine de publications importantes pour le compte du gouvernement et de groupes communautaires sur les différents aspects de ce problème pluridimensionnel, du point de vue national.

Je suis également coprésidente du Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s. Le réseau a vu le jour il y a dix ans, et c'est un réseau national de bénévoles et d'organisations locales, régionales et provinciales, de représentants du gouvernement, de fournisseurs de services, d'universitaires, d'aînés et d'autres personnes intéressées, et il est axé sur la prévention, l'éducation et l'intervention efficaces en matière de violence.

Il s'agit du seul réseau national axé précisément sur la violence et la négligence. Notre conseil compte 19 membres anglophones et francophones qui représentent les différentes régions du Canada et qui, ensemble, ont plus de 160 ans d'expérience de ces questions. En gros, nous sommes plus vieux que la confédération.

Je suis ici plutôt à titre de professionnelle du domaine que de membre du conseil, mais j'offre les deux points de vue dans le débat que nous tenons aujourd'hui. Je tiens à féliciter les membres du comité sénatorial des efforts de grande envergure qu'ils ont déployés dans le cadre de la rédaction de leur second rapport provisoire afin de définir les différentes options qui existent dans le domaine du vieillissement au Canada. Le comité a décidé de ne s'occuper que du vieillissement des personnes et du soutien individuel offert aux gens qui vieillissent, mais les tendances générales et les effets cumulatifs qui se font sentir au sein des populations sont tout aussi importants.

My comments today fall into three different categories: points that are raised within the interim report, gaps in the report and future government directions. As you have undoubtedly heard from other witnesses, abuse and neglect of older adults is multifaceted, so it is really hard to sort of pick on one part or another. It does not have simple answers, but there are answers out there and it occurs within community or institutional settings.

The interim report speaks to the importance of supporting volunteer efforts and the CNPEA certainly recognizes that. As a volunteer network, we have the skills, we have the knowledge, but we need the support of an infrastructure to aid us in our national work that crosses 13 jurisdictions and over 9.9 million square kilometres of our country. Right now, we are basically reaching our capacity in terms of what we can do through things such as in-kind contributions.

Secondly, the interim report speaks to abuse and neglect of older adults, largely in the context of care and care facilities. Thank you very much for actually touching upon that seriously under-recognized issue of abuse and neglect in care facilities.

A Way Forward is a national project which my colleagues from six universities and I just finished. We are looking at promising approaches to abuse prevention in care facilities. We found that fewer and fewer vulnerable seniors are actually eligible for licensed care facilities, and more and more are living in alternative environments such as assisted living, personal care homes, and in Quebec, the residence privée for aged persons.

In many parts of this country, there are few, if any, standards for these "lower care" facilities. That leaves people who live there very vulnerable at least for the potential for neglect.

I know that the committee touches on these different kinds of housing support care options in its report. It is very important that these models are understood and carefully evaluated for the capacity to support aging and that we recognize both their strengths and their limitations.

In The Way Forward project, we also found a real patchwork in protections or oversight in terms of the licensed care facilities across the country. In the past five to ten years, there has been a growing concern being expressed within provincial and federal government departments, particularly provincial governments, industry, care providers associations, unions, and advocacy organizations, about the quality of care and the potential for abuse and neglect within the facilities.

Les observations que je vais formuler aujourd'hui appartiennent à trois catégories différentes : les points soulevés dans le rapport provisoire, les lacunes du rapport et les orientations futures du gouvernement. Comme vous avez probablement entendu d'autres témoins le dire, la violence et la négligence dont sont victimes les adultes âgés ont de nombreux aspects, ce qui fait qu'il est difficile de choisir, en quelque sorte, un élément plutôt qu'un autre. Les solutions ne sont pas simples, mais elles existent et elles s'appliquent dans les milieux communautaires ou dans les établissements.

Dans le rapport provisoire, vous parlez du fait qu'il est important de soutenir les efforts des bénévoles, et c'est assurément quelque chose que le Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les aîné(e)s reconnaît. Comme réseau de bénévoles, nous possédons des compétences et des connaissances, mais nous avons besoin d'une infrastructure de soutien pour appuyer le travail que nous faisons à l'échelle nationale dans 13 provinces et territoires et dans tout le pays, c'est-à-dire sur un territoire de plus de 9,9 millions de kilomètres carrés. En ce moment, nous fonctionnons grosso modo à pleine capacité pour ce qui est de nous permettre de faire des choses comme les contributions en nature.

Ensuite, le rapport provisoire parle de la violence et de la négligence dont sont victimes les adultes âgés, surtout lorsqu'ils reçoivent des soins et dans les établissements de soins. Merci beaucoup d'aborder cette question dont on ne parle vraiment pas suffisamment.

A Way Forward est un projet national que mes collègues de six universités différentes et moi venons tout juste de terminer. Nous examinons les approches prometteuses en matière de prévention de la violence dans les établissements de soins. Nous avons constaté que de moins en moins d'aînés vulnérables ont accès aux établissements de soins accrédités, et qu'ils sont de plus en plus nombreux à vivre dans d'autres milieux, dans des résidences-services, dans des foyers de soins personnels, et, au Québec, dans des résidences privées pour personnes âgées.

Dans de nombreuses régions du pays, il y a peu, voire pas du tout, de normes visant ces établissements où les soins sont « moins intensifs ». Ainsi, les gens qui y vivent sont très vulnérables, du moins à la négligence potentielle.

Je sais que le comité parle dans son rapport de ces différentes options de logement où l'on offre du soutien et des soins. Il est très important de comprendre ces modèles et d'évaluer avec soin leur capacité de soutenir les personnes qui vieillissent, ainsi que de reconnaître leurs points forts et leurs limites.

Dans le cadre du projet A Way Forward, nous avons constaté qu'il y a vraiment différents degrés de protection et de surveillance dans les établissements de soins accrédités du pays. Au cours des cinq à dix dernières années, les ministères des gouvernements provinciaux et fédéral, et plus particulièrement les gouvernements provinciaux, l'industrie, les associations de fournisseurs de soins, les syndicats et les organisations de défense des droits ont exprimé des préoccupations grandissantes au sujet de la qualité des soins offerts et du risque de violence et de négligence dans les établissements.

There is a need for national standards in key areas in terms of oversight, abuse protection and reporting. The Criminal Code actually does have a little bit of a whistle blower piece to it, but it really has not been used in this area.

At the same time, I wish to underscore that abuse of seniors in the community is more like other forms of family violence than like caregiving or caregiver stress, which the interim report largely addresses. It can start earlier in life, carry into later life or it may develop in later life. We need a much better understanding of the risk factors and the protective factors in this area.

New Zealand, for example, is one country that has begun that process of actually looking at what are the protective factors. What are the things that we can do to help reduce the likelihood of abuse and neglect. So any future government family violence strategies and initiatives need to build on and reinforce our understanding and awareness of abuse across the lifespan.

These are intergenerational issues. As Penny has eloquently pointed out, among other things, this is a justice issue. In the earlier reports, we have identified that you do not need to have a special part of the Criminal Code to address the issue. At the same time, there are maybe one or two parts of the Criminal Code that could be updated. For example, section 331, which deals with theft by power of attorney, could be more responsive to financial abuse situations and be able to capture it in a better way and there is a broader need to understand this as a justice issue.

In terms of potential gaps within the report, it is extremely important to recognize and understand the interconnections among provincial and federal government policies, and how they affect the overall vulnerability of older adults and particularly the risk for abuse and neglect.

At a research level, we are beginning to understand the special risks for some populations. For example, ethnic minority seniors. Especially those who are sponsored immigrants. These include isolation, family dynamics, role reversal and language opportunities. The current 10-year federal requirement for sponsoring a relative may leave older sponsored immigrants in a highly dependent and vulnerable role. The requirement for sponsored wives was reduced from ten years down to three years for exactly that reason, because of that known vulnerability.

The existing policy ignores the substantial contribution that older immigrants have made to raising Canada's new citizens and their ongoing contributions to families when they come to Canada themselves. The problem at the federal level is

Il faut définir des normes nationales dans les domaines importants que sont la surveillance, la prévention de la violence et la divulgation. Le Code criminel comporte en fait un élément de dénonciation, mais on ne l'a pas vraiment utilisé dans ce domaine.

En même temps, je veux souligner le fait que la violence faite aux aînés dans la collectivité ressemble davantage à d'autres formes de violence familiale que le résultat du stress que vivent les soignants ou qui découlent de la prestation des soins, dont le rapport parle abondamment. La violence peut commencer dès le jeune âge de la personne et continuer lorsqu'elle est âgée, ou encore elle peut commencer seulement lorsqu'elle est âgée. Il faut que nous nous assurions de comprendre beaucoup mieux les facteurs de risque et les facteurs de protection dans ce domaine.

En Nouvelle-Zélande, par exemple, on a commencé à envisager la nature des facteurs de protection. Quelles sont les choses que nous pouvons faire pour réduire le risque de violence ou de négligence? Toutes les stratégies et les initiatives futures du gouvernement en matière de violence familiale doivent se fonder sur notre compréhension et notre conscience des actes de violence dont une personne peut être victime à tout âge, et elles doivent contribuer à cette compréhension et à cette conscience.

Il s'agit d'enjeux intergénérationnels. Comme Penny l'a fait remarquer avec éloquence, il s'agit entre autres choses d'une question de justice. Dans des rapports antérieurs, nous avons mentionné le fait qu'il n'est pas nécessaire pour régler ce problème que le Code criminel comporte une partie spéciale. En même temps, on pourrait peut-être mettre à jour deux ou trois parties du Code criminel. L'article 331, par exemple, qui porte sur le vol par une personne détenant une procuration, pourrait prévoir plus de moyens d'intervention en cas d'exploitation financière et mieux définir ces cas, et il faut aussi, de façon générale, voir cela comme une question de justice.

Pour ce qui est des lacunes potentielles du rapport, il est extrêmement important de reconnaître le fait qu'il existe des liens entre les politiques provinciales et fédérales et de comprendre ces liens, ainsi que leur incidence sur la vulnérabilité des adultes âgés en général, et le risque de violence et de négligence auquel ils font face en particulier.

Pour ce qui est de la recherche, nous commençons à comprendre les risques particuliers auxquels font face certaines populations. Les aînés qui appartiennent à une minorité ethnique, par exemple. Surtout ceux qui sont des immigrants parrainés. Il s'agit notamment de l'isolement, de la dynamique familiale, du renversement des rôles et des possibilités qui s'offrent sur le plan linguistique. Dans certains cas, le fait que le gouvernement fédéral oblige les gens qui parrainent un membre de leur famille à s'occuper d'eux pendant dix ans a pour effet que les immigrants parrainés se trouvent à être très dépendants et vulnérables. Cette exigence a été ramenée de dix ans à trois ans pour les femmes parrainées par leur mari précisément pour cette raison, parce qu'on sait que l'exigence les rend vulnérables.

La politique en vigueur ne tient pas compte de la contribution importante qu'ont faite les immigrants âgés en élevant leurs enfants qui sont ensuite devenus de nouveaux citoyens canadiens ni de ce qu'ils continuent d'apporter à leur famille lorsqu'ils

compounded by provincial responses to social assistance applications by abused immigrants when the sponsorship has broken down.

The Senate committee has tended to look at aging policy as a separate and distinct issue, and that makes sense within its mandate. But at the same time, there are some limitations to the approach. Our employment insurance policies, affordable and adequate housing policies, mental health and substance abuse policies all affect younger and middle-aged adults, and these policies often determine whether they will be dependent on their aging parents when they have a need.

It is that dependence of adult children on their parents that is well recognized as a risk factor for abuse, including financial abuse, and that is one of the things that Penny was speaking to as well.

We find that the lack of affordable housing leaves low-income seniors vulnerable to inadequate housing, as well as things such as intimidation and other harm from both public and private housing providers. The threat of being evicted for speaking up about legitimate concerns about housing is far more commonplace than we have given credence to.

In terms of future government directions. In the past year, the federal government has identified abuse and neglect of older adults as an important issue and earmarked funds to address that. About \$13 million over a three-year period, and that is an incredibly wonderful and important first effort. However, it is also extremely important that those funds be used to further our knowledge and improve practice in the area, and to support the work that is developing at a network level, whether that be a local, a regional or a national level.

At present, federal government efforts appear to be functioning in isolation from provincial efforts and even more importantly, without awareness of what has existed, what exists and what has gone on before at a community and professional level. That is an environment where it is really easy to duplicate effort, waste money and even more, frustrate key stakeholders within the community.

I would like to offer just a couple of illustrations of where this might crop up. In 2007, New Horizons called for abuse prevention proposals, but apparently was unaware that Quebec also had a project funding strategy for abuse prevention well underway at the same time. That created serious potential for duplication of funding for some projects: it also meant that well-deserving initiatives also went unsupported.

s'installent eux-mêmes au Canada. Le problème qui est créé à l'échelon fédéral est aggravé par la façon dont les gouvernements provinciaux répondent aux demandes d'aide sociale présentées par les immigrants victimes de violence qui se trouvent en situation de rupture de l'engagement de parrainage.

Le comité sénatorial a eu tendance jusqu'à maintenant à envisager les politiques relatives au vieillissement comme une question distincte, ce qui est sensé, vu le mandat qui lui a été confié. Mais en même temps, cette approche a des limites. Nos politiques en matière d'assurance-emploi, de logements abordables et adéquats, de santé mentale et de toxicomanie ont toutes des répercussions sur les jeunes adultes et les adultes d'âge moyen, et ce sont souvent ces politiques qui déterminent s'ils vont dépendre de leurs parents vieillissants en cas de besoin.

On sait très bien que cette dépendance de certains adultes envers leurs parents est un facteur de risque de la violence, y compris l'exploitation financière, et c'est une autre des choses dont Penny a parlé.

Nous constatons que le manque de logements abordables rend les aînés dont le revenu est faible susceptibles de vivre dans un logement inadéquat et vulnérables à l'intimidation et à d'autres formes de préjudice de la part de fournisseurs publics et privés de logement. La menace d'expulsion à laquelle font face les gens qui expriment des préoccupations légitimes au sujet de leur logement est beaucoup plus courante que nous avons tendance à le croire.

Je veux maintenant parler des orientations futures du gouvernement. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, le gouvernement fédéral a déclaré que la violence et la négligence dont sont victimes les adultes âgés est un problème important, et il a réservé des fonds pour régler ce problème. Il s'agit d'environ 13 millions de dollars sur trois ans, c'est un premier pas extraordinaire et très important. Il est cependant extrêmement important que ces fonds servent à améliorer nos connaissances et nos pratiques dans le domaine, ainsi qu'à soutenir le travail qui se fait au sein des réseaux, que ce soit à l'échelle locale, régionale ou nationale.

À l'heure actuelle, les efforts du gouvernement fédéral semblent être déployés sans tenir compte des initiatives provinciales, et, ce qui est encore plus important, sans qu'on sache ce qui s'est fait, ce qui se fait en ce moment et ce qui s'est passé auparavant à l'échelle communautaire et du point de vue du domaine professionnel. C'est un environnement dans lequel il est très probable qu'on procède à des initiatives qui font double emploi, qu'on gaspille de l'argent, et surtout, qu'il y ait de la frustration chez les principaux intervenants de la collectivité.

J'aimerais vous donner deux ou trois exemples de situations où cela peut se produire. En 2007, les représentants du programme Nouveaux Horizons ont lancé un appel de propositions relativement à la prévention de la violence, mais apparemment, ils ne savaient pas qu'il y avait au Québec une stratégie de financement des projets dans le domaine qui existait déjà depuis un bon bout de temps. Il était ainsi assez probable que certains projets reçoivent du financement des deux ordres de gouvernement, ce qui veut également dire que des initiatives tout à fait valables n'ont pas été soutenues.

In the past month, the federal government issued a request for proposals looking to develop a generic training guide on abuse issues that could be used by national groups to train their membership. Basically, they are talking with people in terms of the police, social workers, legal and financial bodies as the target audiences.

It is important to know that generic guides actually have been created in the past at a provincial level and at a community level. A lot of it has actually been done with federal dollars and that they are being used at a provincial level in many jurisdictions. But the RFP failed to appreciate, is how the particular audiences that they are looking at, the police, the financial industry, the legal bodies, social workers, actually receive and deliver their training. At a regional and a national level, we know how that unfolds because we have been involved with it in the past. The other thing that happened with that is that it failed to appreciate the important jurisdictional differences in resources and laws. So although it is very wonderful to be talking about generic approaches and things along that line, there are a lot of important differences across the jurisdictions.

Fortunately, these types of oversights can be remedied fairly easily, for example, by having a national representative such as CNPEA on the elder abuse task force. We and the provincial networks and the other organizations that constitute our membership are well connected to the issues. We know the primary actors. We know what has gone on before. We know what is happening or not happening in the various jurisdictions.

So basically, in this area, good aging policy is always based on good information and we can help aid that process. Thank you.

The Chair: Thank you very much. Judging by your last couple of paragraphs, you think that they are trying to reinvent the wheel when the wheel is already moving down the road.

Ms. Spencer: That might be a fair comment, but that is my personal perspective.

The Chair: Thank you very much.

Senator Cordy: These presentations were excellent, by the way.

You spoke about sexual abuse of seniors and we do not hear a whole lot about that. You hear occasionally about a house invasion and a senior woman particularly living by herself may have been sexually abused. But it is not an issue that we are hearing a whole lot about.

Now, sexual abuse of — I will say women particularly, although I know it can happen to men as well — of younger women was kept in the closet, behind the curtain, whatever you

Au cours du mois qui vient de s'écouler, le gouvernement fédéral a lancé un appel de propositions en ce qui concerne la rédaction d'un guide de formation générique sur les problèmes de violence, guide qui pourrait être utilisé par certains groupes nationaux pour la formation de leurs membres. En gros, on parle de gens comme des agents de police, des travailleurs sociaux, des membres d'organisations juridiques et financières comme faisant partie du public cible.

Il faut savoir qu'on a déjà rédigé des guides génériques dans le passé à l'échelon provincial et à l'échelon communautaire. On a fait une bonne partie du travail grâce à des fonds provenant du gouvernement fédéral, et on utilise ces guides dans bon nombre de provinces. Ce que les gens qui ont rédigé la demande de propositions n'ont cependant pas compris, c'est la façon dont leurs groupes cibles, c'est-à-dire la police, le secteur financier, les organismes juridiques et les travailleurs sociaux reçoivent et offrent la formation. À l'échelon régional et à l'échelon national, nous savons comment les choses se passent, puisque nous avons participé à ça dans le passé. L'autre chose qui s'est passée à cet égard, c'est qu'ils n'ont pas compris qu'il existe d'importantes différences entre les provinces sur le plan des ressources et des lois. Ainsi, même si c'est formidable de parler d'approches générales et de choses du genre, il y a beaucoup de différences importantes entre les provinces.

Heureusement, ce genre de lacunes peut être comblée assez facilement, par exemple en ayant un représentant national comme le réseau au sein du groupe de travail sur la violence faite aux aîné(e)s. Nous connaissons bien les enjeux, comme c'est le cas des réseaux provinciaux et des autres organisations qui sont membres de notre organisation. Nous connaissons les principaux acteurs du milieu. Nous savons ce qui s'est fait dans le passé. Nous savons ce qui se fait et ce qui ne se fait pas dans les différentes provinces.

Ainsi, de façon générale, dans ce domaine, les bonnes politiques, par rapport au vieillissement, sont toujours fondées sur de bons renseignements, et nous pouvons contribuer à ce processus. Merci.

La présidente : Merci beaucoup. D'après les deux ou trois derniers paragraphes que vous avez lus, j'ai l'impression que vous pensez qu'ils essaient de réinventer la roue alors qu'elle tourne déjà.

Mme Spencer : C'est peut-être juste, mais c'est mon opinion personnelle.

La présidente : Merci beaucoup.

Le sénateur Cordy : Vos exposés étaient excellents, en passant.

Vous avez parlé de la violence sexuelle dont sont victimes les aînés, et c'est un sujet dont nous n'entendons pas beaucoup parler. À l'occasion, on entend parler de cas d'entrée par effraction dans des maisons et de femmes âgées, surtout, qui vivent seules et qui peuvent être victimes d'agression sexuelle, mais ce n'est pas quelque chose dont nous entendons beaucoup parler.

Pendant longtemps, on a tenu cachée la violence sexuelle dont étaient victimes les jeunes femmes — je parle des femmes en particulier, même si je sais que c'est quelque chose qui peut arriver

want to say, for many, many years because women felt that it was their fault somehow. It was their fault that they were being sexually abused. Is that why we are not hearing about sexual abuse of seniors at this point?

Ms. Bain: In British Columbia, a group of researchers looked at this particular issue a couple of years ago. Our legal information counsellor who answers that information line I was mentioning also finds similar dynamics.

We are partially talking about a generational issue around culture and expectations so that many women of an older generation learned that behaviour of keeping these dirty little secrets within the family or the community. Their primary concern was not to shame the family or not to shame their particular community and that often led to under-reporting and reluctance to access any outside assistance or help.

So those same dynamics that you spoke about with younger women are manifest many-fold, based on the stories and experience of women who have experienced sexual abuse, not just in their relationships but also in settings in which they are dependent on, if it is a woman, a male caregiver for meeting their needs.

So some scenarios that I have heard about. For example, there is something that I refer to and I think other healthcare providers refer to as a serial predator caregiver. So it will be perhaps a younger man who makes a point of joining seniors groups. Going to the bowling league. Going to the church group, et cetera. Doing this for the sole purpose of befriending an older lonely senior. Part of the motivation is to take financial advantage, but sometimes also sexual advantage of that senior.

It is not just partners in intimate relationships that are perpetrating sexual violence against older women. It's also what I call these serial predators. Amongst caregivers, you will hear stories that, well, a fellow cleaned out this particular woman and took advantage of this particular woman. Then he moved on down the street to that one, and the next and the next. What does that say about our safety and protection services, that we are not able somehow to bring an end to that kind of serial behaviour?

I have thrown a lot into that answer, but there are education materials. There is a particularly strong video that was developed by the B.C. and Yukon Society of Transition Houses that highlights several examples of what we mean by sexual abuse of older adults, and it is a much more common scenario than the average member of the public would like to think.

Our information counsellor is male, but he is a particularly gentle soul and quite good at developing a trusting relationship with a particular client. It has to be over time because usually the

aux hommes — parce que les femmes pensaient que c'était peut-être leur faute d'une certaine manière. C'était leur faute si on commettait des actes de violence sexuelle à leur égard. Est-ce la raison pour laquelle nous n'entendons pas parler de la violence sexuelle dont sont victimes les aînés à l'heure actuelle?

Mme Bain : Un groupe de chercheurs s'est penché sur cette question il y a deux ou trois ans de cela en Colombie-Britannique. Notre conseiller juridique qui s'occupe de la ligne d'information dont j'ai parlé constate également le même genre de dynamique.

Nous parlons en partie d'un problème générationnel qui touche la culture et les attentes et qui fait que beaucoup de femmes qui appartiennent à une génération de gens âgés ont acquis ce comportement qui consiste à tenir certaines choses honteuses secrètes dans la famille ou dans la collectivité. Leur principale préoccupation était de ne pas faire honte à la famille ou à leur collectivité, et ce qui est arrivé dans bien des cas, c'est que certaines choses n'ont pas été dénoncées et que les femmes étaient réticentes à demander de l'aide à une personne de l'extérieur.

Ainsi, cette dynamique dont on dit qu'elle existe chez les jeunes femmes se manifeste sous plusieurs formes, d'après les histoires et l'expérience des femmes qui ont vécu de la violence sexuelle, non seulement dans leurs relations, mais également dans des contextes où elles étaient dépendantes, s'il s'agit d'une femme, d'un soignant de sexe masculin pour ce qui est de répondre à leurs besoins.

Je vais vous donner des exemples de scénarios dont j'ai entendu parler. Il y a ce que j'appelle, comme d'autres fournisseurs de soins de santé, je pense, un soignant prédateur en série. C'est par exemple un jeune homme qui tient à se joindre à des groupes de personnes âgées. Il fait partie de la ligue de quilles. Il va à l'église avec le groupe, et ainsi de suite. Son seul but, c'est de se lier d'amitié avec une personne âgée qui vit seule. Le motif, c'est en partie d'exploiter financièrement cette personne, mais c'est parfois aussi de l'exploiter sexuellement.

Ce ne sont pas que les partenaires avec qui elles ont des relations intimes qui commettent des actes de violence sexuelle envers les femmes âgées. Il y a aussi ces personnes que j'appelle des prédateurs en série. On entend dans le milieu des soignants des histoires selon lesquelles, eh bien, un homme a pris tout ce que telle ou telle femme possédait et a profité d'elle. Ensuite, il s'est attaqué à une autre, puis à une autre, et ainsi de suite. Qu'est-ce que ça nous dit au sujet de nos services de sécurité et de protection? Que nous ne sommes pas capables de mettre fin à ce genre de comportement en série d'une façon ou d'une autre?

J'ai mis beaucoup d'éléments dans ma réponse, mais il y a aussi du matériel pédagogique. La B.C. and Yukon Society of Transition Houses a produit un vidéo particulièrement marquant dans lequel on présente plusieurs exemples de ce que nous entendons par exploitation sexuelle des adultes âgés, et c'est un scénario beaucoup plus courant que ce que les gens ordinaires peuvent imaginer.

Notre conseiller qui s'occupe de la ligne d'information est un homme, mais il est d'un caractère particulièrement doux, et il est très bon pour créer des liens de confiance avec les clients. Ça

client will first contact him about something that is not sexual abuse, but related. His experience is that eventually he learns that sexual abuse is another one of the underlying issues.

Ms. Spencer: Just to add a few other points, we see the sexual abuse issues come up in several different contexts. Within care facilities, certainly it has been identified there. As a matter of fact, some of the more notorious cases were actually heard from care facilities in Calgary and Edmonton. What you are talking about there is usually a predator, a staff person who preys on mentally incapable adults within the facility.

Within a facility, another type of situation that occurs — and Penny actually touched on this — is where a woman — usually a woman — has dementia, and her husband is seeking intimacy with her whether or not she wants it and whether or not she is able to recognize him as her husband. Staff often struggle with how to respond to these types of situations.

At a community level. Eight to ten years ago, Kingston Sexual Assault Centre actually did us up a really nice publication talking about sexual assault in older women that was geared both to their workers and to the older women and talking about the generational issues, the whole fear of being able to disclose and whether or not a person should have to disclose the harms that they have experienced both currently or in the past.

We also see this arising in terms of posttraumatic stress disorder. Psychologists are seeing it. Again, they are not necessarily using the words “abuse,” “neglect,” and “sexual abuse.” They are talking about it in terms of older women’s relationships usually with their spouse or their partner. So it is an issue that is surfacing.

Quebec Network for the Prevention of Elder Abuse, for example, RQCAA, actually chose sexual abuse as one of their key themes for this year. So at a network level, it is being recognized as one of the issues that needs to be addressed in the area.

Senator Cordy: Is there a lot of research on it? Quebec is taking it as being an issue, but is there a lot of research on sexual abuse?

Ms. Spencer: No, there is not. As a matter of fact, one of the things I did for Quebec was put together a little fact sheet that says this is what we currently know and there are a lot of gaps, but helping to sort of raise awareness of the issues. I mean, there are so many gaps in this area. I know. The whole area is pockmarked, so this is yet another one.

prend un peu de temps, parce que, habituellement, les clients téléphonent d’abord pour parler de quelque chose d’autre que de violence sexuelle, mais de quelque chose qui a un rapport avec ça. Ce qui se passe, selon son expérience, c’est qu’il finit par apprendre que la violence sexuelle est un autre des problèmes sous-jacents à la situation que la personne vit.

Mme Spencer : Simplement pour ajouter quelques autres éléments, nous voyons des problèmes de violence sexuelle faire surface dans plusieurs contextes différents. C’est à coup sûr un problème dans les établissements de soins. En fait, certains des cas les plus notoires dont on ait entendu parler se sont produits dans les établissements de soins de Calgary et d’Edmonton. Ce dont il s’agit, dans ces cas-là, c’est habituellement d’un prédateur, d’un membre du personnel qui s’attaque aux adultes de l’établissement qui ont un handicap mental.

Dans les établissements, un autre genre de situation qui se produit — et Penny a abordé cette question, en fait — c’est lorsqu’il y a une femme — c’est habituellement une femme — qui est atteinte de démence, et que son mari cherche à avoir des relations intimes avec elle qu’elle le veuille ou non ou qu’elle reconnaisse son mari ou non. Le personnel des établissements a souvent de la difficulté à savoir comment intervenir dans ce genre de situation.

Parlons de ce qui se passe à l’échelon communautaire. Il y a huit ou dix ans, le Kingston Sexual Assault Centre nous a fait une très bonne publication sur les agressions sexuelles dont sont victimes les femmes âgées, publication qui s’adressait à la fois aux travailleurs du centre et aux femmes âgées qui parlaient des problèmes générationnels, et de toute la question de la peur de dire ce qui s’est passé et du fait qu’une personne ait ou non le devoir de parler des préjudices qu’elle a subis ou qu’elle est en train de subir.

Nous voyons également ce problème faire surface par rapport au trouble du stress post-traumatique. Les psychologues le voient. Encore une fois, ils n’utilisent pas nécessairement les termes « violence », « négligence » et « violence sexuelle ». Ils abordent la question en parlant des relations qu’entretiennent les femmes âgées avec leur conjoint ou avec leur partenaire, habituellement. C’est donc un problème qui fait surface.

Le Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés, ou RQCAA, par exemple, a choisi de faire de la violence sexuelle l’un de ses principaux thèmes pour l’année courante. Ainsi, à l’échelle des réseaux, on reconnaît que c’est l’une des questions qu’il faut aborder dans le domaine.

Le sénateur Cordy : Y a-t-il beaucoup de recherche là-dessus? Au Québec, on voit ça comme un problème important, mais y a-t-il beaucoup de recherche sur la violence sexuelle?

Mme Spencer : Non, il n’y en a pas beaucoup. En fait, l’une des choses que j’ai faites pour les gens du Québec, c’est de rédiger une petite fiche d’information sur ce que nous savons, et il y a beaucoup de lacunes, mais ça aide en quelque sorte à sensibiliser les gens aux problèmes. Je veux dire... Il y a tellement de lacunes dans le domaine. Je le sais. Le domaine est plein de lacunes, et cela en est une autre.

Senator Cordy: I want to move on now to the National Crime Prevention Centre. I just want to clarify this. They are no longer funding initiatives related to prevention of crime against seniors; is that correct?

Ms. Bain: The National Crime Prevention Centre went through a priority-setting process within the last 18 months, two years. I got caught because I was developing an application to the centre with the assistance of the regional staff. We got the whole application pulled together according to the priorities that had been in place. They funded crime prevention initiatives in a broad range of areas. But the letter I got in response when the application finally went in was: we no longer fund elder abuse crime prevention; our focus is on youth.

I was speaking to someone today in our provincial victim services, and she was saying that this year, the priority is substance abuse and we were speculating, well, what will the priority be next year? But the problem is of course that other initiatives, for example, the family violence initiative, which crosses 12 ministries within the federal government, has in the past said we are no longer going to be doing crime prevention, for example, in the area of elder abuse that relates to family violence, because the National Crime Prevention Centre is there to work on prevention of these kinds of crimes. Well, if they then drop that as one of their priorities, it means no one is working in the area.

At the moment, the message that has gotten to me as one of those seeking to know what is going on in the field is that the National Crime Prevention Centre is setting its priorities on an annual basis and at the moment, it does not include elder abuse.

Senator Cordy: So there is no long term planning, I guess.

Ms. Bain: I do not know what they are planning.

Senator Cordy: Out of this \$13 million over three years that the government is touting, is there any money in that for programs related to prevention of crimes against seniors?

Ms. Spencer: The short answer is we do not know exactly how those funds are allocated or will be allocated. But basically, they will probably be spread among the various ministries and adapted to the priorities within the various federal ministries.

I have not seen and certainly have not heard of an overall plan for that money. It may very well exist, but certainly at a network level or a community level, it feels as if that information may be sitting in the various silos. So there has not been that kind of dialogue about the goals.

Le sénateur Cordy : J'aimerais que nous parlions maintenant du Centre national de prévention du crime. Je voudrais obtenir une précision. Le centre ne finance plus d'initiatives de prévention du crime chez les personnes âgées; est-ce exact?

Mme Bain : Le Centre national de prévention du crime a fait l'objet d'un processus d'établissement des priorités au cours de l'année et demie ou des deux années qui viennent de s'écouler. Je me suis fait prendre, parce que j'étais en train de rédiger une demande à l'intention du centre avec l'aide du personnel régional. Nous avons rédigé la demande en fonction des priorités qui existaient auparavant. Le centre finançait des initiatives de prévention du crime dans toutes sortes de domaines. Mais ce qu'on me disait dans la lettre que j'ai reçue lorsque la demande a finalement été évaluée, ça a été : nous ne finançons plus d'initiatives de prévention du crime et de la violence chez les aînés; nous nous occupons maintenant de la jeunesse.

Je discutais aujourd'hui avec une personne de nos services provinciaux d'aide aux victimes, et elle me disait que, cette année, la priorité va à la toxicomanie, et nous essayons de deviner quelle serait la priorité l'an prochain. Cependant, le problème, bien sûr, c'est que les représentants d'autres initiatives, par exemple l'initiative sur la violence familiale, qui touche 12 ministères fédéraux, ont dit dans le passé qu'ils n'allaient plus tenir d'activités de prévention du crime, par exemple, dans le domaine de la violence faite aux aînés, qui est liée à la violence familiale, parce que le Centre national de prévention du crime travaille à la prévention de ce genre de crime. Eh bien, si ce n'est plus l'une des priorités du centre, ça signifie que personne ne travaille plus dans le domaine.

À l'heure actuelle, le message qui s'est rendu jusqu'à moi, qui fais partie des gens qui cherchent à savoir ce qui se passe dans le domaine, c'est que le Centre national de prévention du crime établit ses priorités pour une année, et que, en ce moment, celles-ci n'incluent pas la violence faite aux aînés.

Le sénateur Cordy : Il n'y a donc pas de planification à long terme, j'imagine.

Mme Bain : Je ne connais pas les plans du centre.

Le sénateur Cordy : Des 13 millions de dollars sur trois ans dont parle le gouvernement, y a-t-il de l'argent pour des programmes liés à la prévention des crimes dont les aînés sont victimes?

Mme Spencer : La réponse courte, c'est que nous ne savons pas exactement à quoi ces fonds sont affectés ou seront affectés. Cependant, ils vont probablement être répartis entre les différents ministères et être utilisés en fonction des priorités des différents ministères fédéraux.

Je n'ai pas vu de plan général concernant cet argent, et je n'en ai certainement pas entendu parler. Il pourrait très bien y en avoir un, mais, assurément, à l'échelon communautaire ou des réseaux, on a l'impression que cette information se trouve peut-être dans l'un ou l'autre des différents compartiments. Ce genre de dialogue au sujet des objectifs n'a donc pas eu lieu.

Senator Cordy: I was in my office last week and I picked up two wonderful looking brochures dealing with the federal program coming out for abuse against seniors. Was there any dialogue, to the best of your knowledge, with community groups or provincial governments in terms of what needs had to be met in terms of dealing with abuse of seniors?

Ms. Spencer: The short answer is no. To be fair, in a sense, we have been having these discussions with government over an extended period of time. However, within governments, people change, the individuals who are in positions of responsibility change. Plus, I think there is an overall challenge that even if we do talk, we may talk about education and have one understanding of what that means and the government may have a different kind of understanding about what that means.

It can be really easy to come up with "we need generic stuff," when actually maybe we need more sophisticated types of information that is geared to specialized practitioners, for example. That might be one of the things that may be important in this area that would again help to move our knowledge forward. To help move our practice forward.

Ms. Bain: Maybe just to expand on the question you have been putting to both Charmaine and me. We believe that there is a great deal of specialized expertise within this fairly small collection of researchers, academics and community organizations in the country. This issue is relatively new on the radar in the sense that it does not have the same level of support and services as, say, spousal assault or child abuse. That group is relatively small, but there is a great deal of expertise particularly residing in Charmaine's organization in terms of the individuals who are members of that network. We believe that the federal government, in developing some of these initiatives, could look to us for some insights that might help them to target funding policies, policy development, et cetera, more effectively.

So we are here and we are willing to share our expertise.

Ms. Spencer: At the same time, I think it is really important to say there have been some really important developments within government that are actually developing independently of that funding allocation. Human Resources and Social Development Canada, for example, put out RFPs for five background papers to work on their own midterm research policy plans and so those background papers are focusing on prevalence and incidence. Risk factors is one of them. One of them is focusing on theory in the area. Another is working on how well the family and violence perspective fits in around abuse and neglect issues for older adults. A fourth one is on best practices and a fifth one is dealing

Le sénateur Cordy : J'étais à mon bureau la semaine dernière, et j'ai ramassé deux brochures très belles qui portent sur le nouveau programme fédéral sur la violence envers les aînés. À votre connaissance, y a-t-il eu un quelconque dialogue avec les groupes communautaires ou les gouvernements provinciaux sur les besoins à combler en ce qui concerne la violence dont sont victimes les aînés?

Mme Spencer : La réponse courte est non. Pour être juste, dans un sens, nous discutons de cela avec le gouvernement depuis un certain temps. Cependant, les gens qui travaillent au gouvernement changent, les gens à qui sont confiées les responsabilités changent. De plus, je pense qu'il y a un problème d'ordre général qui est le suivant : même si nous discutons, l'idée que nous nous faisons de ce qu'est l'éducation pourrait être différente de celle du gouvernement.

Ça peut être très facile de dire que nous avons besoin de matériel générique alors que nous avons peut-être besoin en fait de types d'information plus complexes à l'intention par exemple d'intervenants spécialisés. C'est peut-être l'une des choses qui pourraient être importantes dans ce domaine et qui, encore une fois, nous aideraient à acquérir davantage de connaissances. Peut-être que cela nous aiderait à améliorer nos pratiques.

Mme Bain : J'aimerais peut-être simplement ajouter quelque chose par rapport à la question que vous nous avez posée, à Charmaine et à moi. Nous sommes d'avis que ce groupe de chercheurs, d'universitaires et d'organisations communautaires du pays, quoique petit, possède beaucoup de compétences spécialisées. C'est un problème d'apparition relativement récente sur l'écran radar, en ce sens qu'il ne reçoit pas le même degré de soutien et de services que, par exemple, la violence conjugale ou la violence faite aux enfants. Ce groupe est relativement petit, mais il y a énormément d'expertise, surtout au sein de l'organisation de Charmaine, pour ce qui est des gens membres de ce réseau. Selon nous, le gouvernement fédéral, lorsqu'il élabore certaines des initiatives en question, pourrait nous demander de formuler des suggestions qui pourraient l'aider à orienter les politiques relatives au financement, l'élaboration des politiques, et ainsi de suite, de façon plus efficace.

Nous sommes là, donc, et nous sommes prêts à mettre notre expertise à profit.

Mme Spencer : En même temps, je pense qu'il est très important de dire qu'il s'est passé des choses vraiment importantes au sein du gouvernement, en dehors, en fait, de cette distribution de fonds. Ressources humaines et Développement social Canada, par exemple, a lancé des DDP dans le but d'obtenir cinq documents d'information pour travailler sur ses propres plans de recherches stratégiques à moyen terme, et ces documents d'information sont donc axés sur la prévalence et l'incidence. Les facteurs de risque font l'objet de l'un de ces documents. Il y en a un autre sur la théorie dans le domaine. Il y en a un aussi sur la pertinence du point de vue de la

with the incidence and risk factors for abuse and neglect in institutional settings.

Those are actually background papers that government will be drawing upon. So one particular ministry seems to be able to draw upon to build its internal knowledge to develop its own midterm planning. I think that is to be applauded.

Another really wonderful initiative has been at the federal-provincial-territorial level, with the working group on senior safety and security, and the efforts. So that is with the ministries working together.

Now, the thing is for that FPT working group, it does not have representation from all the provinces. The representation is also on other important issues that affect other age groups as well as older adults. That working group for an extended period of time, has been really helping to move the issues forward, to build the understanding. Sometimes, though, there does not seem to be quite as coordinated an approach or as much open discussion between the various interested and affected parties as there could be and it is really one of the things we could be working on now to improve for the future.

Senator Cordy: Ms. Bain, you talked a lot about training individuals within the community. In addition to training seniors, we also have to help people within the community, you mentioned banks and concerns about privacy and how we get around that. You also talked about training for Income Security Branch that was dealing with CPP and OAS, so that they would keep their eyes and ears open for signs of financial abuse. How could you see that working?

Ms. Bain: When seniors call their telephone information service, one of the responses of the individuals who are staffing that service could be to ask a few more questions. If something raises an alert for them, to ask more questions and to try to connect that senior with their own internal processes, for example, for redirecting the mail to get the cheque out of the hands of the person who is misappropriating it. Strategies such as that are internal but there is also the possibility of increasing their responsiveness in relation to knowing the remedy — knowing how to get that senior who is being abused connected with the resources in their particular community. Because often, the supports that need to be in place go beyond just making sure the cheque actually gets to the senior it belongs to.

The whole purpose of training for service providers in the community, whether in a private financial institution or within a government agency, et cetera, is to make sure that they are aware

family and of the violence when one addresses the questions of the violence and of the negligence of which are victims the adults aged. The fourth document deals with the exemplary practices, and the fifth, on the incidence and the risk factors of violence and of negligence in establishment.

It's about documents of information that the government will use. There is therefore a ministry that seems to be in a position to draw on what exists to constitute its knowledge internally and to develop its plans in the medium term. I think that's something to applaud.

There has been another truly extraordinary initiative at the federal-provincial-territorial level, and that's the one of the working group on the safety and security of seniors, but with the efforts that have been deployed. It's about a collaboration between different ministries.

The problem, however, for what is of this working group FPT, is that all the provinces are not represented. The representation touches also other important questions that concern other age groups, in addition to older adults. Since a long time, this working group has been really helping to move the issues forward, to build the understanding. Sometimes, however, there does not seem to be quite as coordinated an approach or as much open discussion between the various interested and affected parties as there could be and it is really one of the things we could be working on now to improve for the future.

Le sénateur Cordy : Madame Bain, vous avez beaucoup parlé du fait d'offrir une formation à des membres de la collectivité. En plus de former des personnes âgées, nous devons aider les gens dans la collectivité, et vous avez parlé des banques et des problèmes relatifs à la protection des renseignements personnels, ainsi que de la façon de les régler. Vous avez également parlé de former les gens qui travaillent à la Direction générale de la sécurité du revenu et qui s'occupent du RPC et de la SV, afin qu'ils demeurent attentifs aux signes d'exploitation financière. De quelle façon cela pourrait-il fonctionner selon vous?

Mme Bain : Lorsque des personnes âgées utilisent un service d'information téléphonique, l'une des choses que les gens qui travaillent à ce service pourraient faire, ce serait de poser quelques questions supplémentaires. Si quelque chose les alerte, ils pourraient poser davantage de questions et essayer d'aiguiller la personne vers leurs propres processus internes, par exemple, afin de réacheminer le courrier de façon que la personne qui détourne les chèques de l'ainé ne les reçoive plus. Il s'agit là de stratégies internes, mais il y a également la possibilité d'augmenter la capacité d'interventions du personnel en faisant en sorte qu'il connaisse les choses à faire — c'est-à-dire qu'il connaisse la façon d'aiguiller l'ainé qui est victime d'exploitation vers les ressources de sa collectivité. Parce que, bien souvent, les mesures de soutien qu'il faut prendre vont au-delà du simple fait de s'assurer que le chèque parvient à l'ainé à qui il est destiné.

Tout l'objectif de la formation des fournisseurs de services dans la collectivité, que ce soit dans un établissement financier privé ou au sein d'un organisme gouvernemental, par exemple, c'est de

of the signs and indicators, of what their responsibilities are within their own organization, of policies and protocols and about reporting to other organizations.

All institutions face barriers in terms of having communications flow effectively. Targeted training is often one of the long jam breakers that breaks that problem with communication. So it is really having a will to put these kinds of programs in place and there is certainly the expertise available to assist in presenting that kind of training.

Ms. Spencer: I think Ontario has an agreement in place with Service Canada to do some of that training with the Service Canada representatives. So we have some of these kinds of innovations being tried and being developed. We do not get to hear about them outside. It is only when we get to talk with each other across the country, we get a chance to really learn about and see what is being tried. What works well. What seems to fall flat on its face and why that might be the case. It really helps. Again, being able to facilitate that networking across the country is extremely important in this area. We have wonderful pockets of information across the country.

It is not helpful, however, to put all the information on a web site or scan everything into PDFs and stuff and assume that people will know where things are, how things work out and things along that line. It is a more complex process than that.

Senator Cordy: Unfortunately, we have heard where people are phoning Service Canada about their old age security. They are not receiving CPP to which they are entitled and the person on the other end of the phone has been told not to tell them that they are entitled to their CPP benefits, which is insanity in my humble opinion.

The Chair: What you are saying is that it is good to share best practices, but there has to be a dialogue about those best practices.

Ms. Spencer: Absolutely, yes.

Senator Mercer: Are not some of these things, things that should be discussed or should have been discussed by the Law Reform Commission?

Ms. Spencer: Well, let me see.

Ms. Bain: Sorry, Senator Mercer, could you clarify; are you referring to the B.C. Law Reform Commission?

Ms. Spencer: The former federal.

Ms. Bain: I know you have received a submission from Laura Watts who is the director of the Centre for Elder Law Studies in Canada, but she is also with the B.C. Law Reform Commission.

s'assurer qu'ils connaissent les signes et les indicateurs, leurs responsabilités au sein de leur organisation, les politiques et les protocoles ainsi que la marche à suivre pour ce qui est de communiquer un cas à d'autres organisations.

Il y a des obstacles à la communication efficace dans toutes les organisations. Le fait d'offrir une formation ciblée est souvent l'un des moyens de régler ce problème de communication. Il s'agit donc d'avoir la volonté de mettre ce genre de programmes en place, et c'est sûr qu'il y a des spécialistes prêts à participer à la prestation de ce genre de formation.

Mme Spencer : Je pense que l'Ontario a conclu une entente avec Service Canada afin d'offrir une partie de cette formation avec les représentants de Service Canada. Il y a donc ce genre de choses nouvelles qu'on essaie et qu'on élabore. Nous n'en entendons pas parler de l'extérieur. Ce n'est que lorsque nous avons l'occasion de discuter avec nos collègues d'ailleurs au pays que nous avons la possibilité de vraiment apprendre ce qu'on essaie et de voir de quoi il s'agit. De voir ce qui fonctionne bien. De voir aussi ce qui échoue, et d'apprendre pourquoi ça ne fonctionne pas. C'est très utile. Encore une fois, la possibilité d'établir un réseau à l'échelle du pays est une chose extrêmement importante dans le domaine. Il y a un peu partout au pays des gens isolés qui possèdent de l'information précieuse.

Il est inutile, cependant, de mettre toute l'information dans un site web ou de tout numériser en format PDF, par exemple, et de présumer que les gens vont savoir où se trouvent les choses, comment elles fonctionnent, et ainsi de suite. C'est un processus beaucoup plus complexe que ça.

Le sénateur Cordy : Malheureusement, nous avons entendu dire où les gens téléphonent lorsqu'ils téléphonent à Service Canada au sujet de leurs prestations de la sécurité de la vieillesse. Ils ne touchent pas les prestations du RPC auxquelles ils ont droit, et la personne qui répond au téléphone s'est fait dire de ne pas informer les gens du fait qu'ils ont droit à des prestations du RPC, ce qui est insensé, à mon humble avis.

La présidente : Ce que vous dites, c'est que c'est une bonne chose que d'échanger des pratiques exemplaires, mais qu'il faut qu'il y ait un dialogue au sujet de ces pratiques exemplaires.

Mme Spencer : Tout à fait, oui.

Le sénateur Mercer : N'y a-t-il pas là-dedans des choses dont la Commission de réforme du droit devrait discuter ou aurait dû discuter?

Mme Spencer : Eh bien, laissez-moi voir.

Mme Bain : Excusez-moi, sénateur Mercer, pourriez-vous préciser votre question? Parlez-vous de la Commission de réforme du droit de la Colombie-Britannique?

Mme Spencer : L'ancienne commission fédérale.

Mme Bain : Je sais que vous avez entendu le témoignage de Laura Watts qui est directrice du Centre for Elder Law Studies au Canada, mais elle est également membre de la Commission de

So that is why I wanted to clarify. But yes, the Canadian Law Reform Commission could assist with some of these gaps.

As I think we were both trying to suggest, there is a lot below the surface of law reform when it comes to actually implementing, not even just at a policy or regulation level, but rather at how agencies and individuals with these mandates could help a senior become less vulnerable or access remedies within systems. Those protocols as to how people work together are a key part that underlies what the Law Reform Commission might be able to do.

Senator Mercer: I agree, and the Law Reform Commission is not necessarily the answer, but the Law Reform Commission was always on the leading edge making sure that we as legislators were catching up with what was happening in reality in the field.

Now, this \$13 million that we have talked about, and we do not know what the priorities or the goals are to that. I suspect it has been announced several times though.

Ms. Spencer: It has not. The press releases spoke about it in the context of a national campaign. That is one of the kinds of things that was suggested as a possibility.

One of the things that we brought to the government's attention was that provincial campaigns have existed in several jurisdictions. We are really happy to share that and there will be opportunities to build on that rather than trying to develop something that is new. Thinking about who you see as the target audience, what you see as the key messages, how you make sure you have got the community resources in place, when you have an awareness-building campaign.

It is not that we do not see it as important. We think it is extremely important, but it is only one part of a much bigger puzzle.

Senator Mercer: \$13 million could do a lot of things if somebody only had some idea of what they wanted to do with it.

Ms. Spencer: I must applaud the government for moving on this. Around 1995, we had again some really wonderful opportunities that we were able to build on was through the family violence initiative. Abuse and neglect of older adults was one tiny, tiny piece of that whole part, but, boy, it sure helped to get people thinking. Building awareness and things along that line. So I am not going to put down anything that helps to build awareness. I am just asking for some thinking, first of all.

Senator Mercer: Right. The discussion about power of attorney that many people have. In my family, I have an 80 year-old mother. My sister has power of attorney and I know she is doing a good job. I am not a lawyer so it may become obvious as I talk

réforme du droit de la Colombie-Britannique. C'est pour ça que je voulais que vous précisiez. Mais, oui, la Commission de réforme du droit du Canada pourrait contribuer à combler certaines de ces lacunes.

Comme, je pense, nous essayions de le dire toutes les deux, il y a beaucoup de choses sous la surface de la réforme du droit lorsqu'il s'agit de mettre les choses en œuvre, et pas seulement les politiques ou les règlements, mais également les mesures que les organismes et les personnes qui ont ces mandats pourraient prendre pour aider les aînés à devenir moins vulnérables et à se prévaloir de leurs recours dans certains systèmes. Ces protocoles qui définissent la façon dont les gens travaillent ensemble sont un élément important et sous-jacent à ce que la Commission de réforme du droit pourrait accomplir.

Le sénateur Mercer : Je suis d'accord avec vous, et la Commission de réforme du droit n'est pas nécessairement la solution, mais celle-ci a toujours joué un rôle de chef de file pour s'assurer que nous, les législateurs, nous tenions au fait de ce qui se passait dans la réalité, sur le terrain.

Maintenant, il y a ces 13 millions de dollars dont nous avons parlé, et nous ne savons pas quelles sont les priorités ou les objectifs à cet égard. Je soupçonne qu'on en a fait l'annonce plusieurs fois, cependant.

Mme Spencer : Ce n'est pas le cas. Le comité en parlait dans le contexte d'une campagne nationale. C'est l'une des choses qui ont été présentées comme étant des possibilités.

L'une des choses que nous avons portées à l'attention du gouvernement, c'est qu'il y a eu des campagnes provinciales dans plusieurs provinces. Nous sommes vraiment heureux de partager cela, et il y aura des occasions de s'inspirer de cela plutôt que d'essayer de créer quelque chose de nouveau. Il s'agit de réfléchir au public cible, aux messages principaux, à la façon de s'assurer que les ressources communautaires sont en place, lorsqu'on lance une campagne de sensibilisation.

Ce n'est pas que nous pensions que ce n'est pas important. Nous pensons que c'est extrêmement important, mais il ne s'agit que d'une pièce d'un très gros casse-tête.

Le sénateur Mercer : Avec 13 millions de dollars, on pourrait faire beaucoup de choses, si seulement quelqu'un avait une idée de ce qu'on veut faire avec cet argent.

Mme Spencer : Je dois applaudir le gouvernement d'avoir proposé cela. Aux alentours de 1995, il y a eu encore une fois d'excellentes occasions dont nous avons pu tirer parti dans le cadre de l'initiative sur la violence familiale. La violence et la négligence dont sont victimes les adultes âgés n'étaient qu'un tout petit élément de l'ensemble, mais ça a vraiment fait réfléchir les gens. La sensibilisation et d'autres choses du genre. Alors je ne vais pas rejeter quoi que ce soit qui contribue à la sensibilisation. Je demande simplement qu'on réfléchisse, d'abord.

Le sénateur Mercer : D'accord. La discussion au sujet des procurations compte beaucoup de gens. Ma mère a 80 ans. Ma sœur a une procuration, et je sais qu'elle fait du bon travail. Je ne suis pas avocat, et ça va peut-être paraître dans ce que je vais dire.

about this. Does it make sense for older adults when giving power of attorneys to children to perhaps try to give it to two children as opposed to one and give some sort of check?

Ms. Bain: You raise an excellent issue because many adults, when they give a power of attorney to their adult child, are making a decision about how trustworthy, how dependable, how whatever, their children are. If there are a number of siblings to choose from, that can cause issues in the family. Or, it could be that the senior has made that decision and said, okay, this is the person that I trust the most or the two people. Then something happens not only to the senior but potentially as well to the person who has been granted the power of attorney. In other words, the person becomes less trustworthy because, say, their company is going bankrupt. They are under pressure. They feel entitled because they have this power of attorney and therefore the opportunity to access the funds of the senior and think, "Well, Mom would not mind because she would want my business to succeed," or, "My addiction is more important than anything and I cannot see the rest of the family's needs," et cetera.

Aside from that, a lot of seniors do not realize that when they go to their lawyer and have a power of attorney drawn, often it is drawn specifically to become effective only under certain circumstances. Sometimes those circumstances are, "I am going to Europe for six months. I want somebody to take care of my affairs. I am perfectly competent and capable, but I just happen to not be here." In many cases, however, powers of attorney are executed and it says clearly within the document that the intention is that they only become effective when the person who has granted the power of attorney becomes incapable of making decisions for themselves.

In the past there have been incidences in which the person to whom the power of attorney power has been granted has been able to exercise it, in other words, use it to access bank accounts, sell property, whatever, before that event has actually occurred. Of course, a lot of that is to do with communication, knowledge, opportunity, access and whether the older adult has kept total control of all of the documents that would be needed in order for that type of thing to happen.

There are many protections that could potentially be put in place, but many seniors do not understand that they can revoke the power of attorney at any time while they are still legally competent. It is only once they become not legally capable of making decisions about their financial affairs that they can no longer revoke or change that power of attorney.

There needs to be some education for people to whom the power of attorney is granted. They need to be told that these are your duties and responsibilities and they only take effect in these circumstances. Often that works fine in families and everything goes well. If someone is trying to take advantage of that

Est-ce que ce serait sensé, lorsqu'un adulte âgé donne une procuration à ses enfants, de peut-être la donner à deux enfants plutôt qu'à un seul pour qu'il y ait une espèce de mécanisme de vérification?

Mme Bain : Vous soulevez un excellent point, parce qu'il y a beaucoup d'adultes qui, lorsqu'ils donnent une procuration à un fils ou à une fille d'âge adulte, prennent une décision quant au fait que ce fils ou cette fille est digne de confiance, fiable, et ainsi de suite. Si la personne âgée a plusieurs enfants, ça peut causer des problèmes dans la famille. Ou encore, ça peut être que la personne âgée a pris une décision et dit : « Voilà, c'est la personne en qui j'ai le plus confiance entre les deux. » Il peut ensuite arriver quelque chose non seulement à la personne âgée, mais aussi à la personne qui a obtenu la procuration. En d'autres termes, cette personne peut devenir moins digne de confiance si, disons, son entreprise fait faillite. Elle est alors sous pression. Elle a l'impression, puisqu'elle a cette procuration et qu'elle a donc la possibilité d'accéder à l'argent qui appartient à la personne âgée, qu'elle y a droit, et elle se dit : « Eh bien, ça ne dérangerait pas maman, puisqu'elle souhaite certainement que mon entreprise prospère », ou encore « Ma dépendance est plus importante que tout le reste, et je ne vois pas les besoins du reste de la famille », et ainsi de suite.

En outre, il y a beaucoup d'ainés qui, lorsqu'ils demandent à leur avocat de rédiger une procuration pour eux, ne prennent pas conscience du fait que, dans bien des cas, la procuration est rédigée de façon à n'entrer en vigueur que dans certaines circonstances précises. Parfois, ces circonstances sont les suivantes : « Je vais voyager en Europe pendant six mois. Je veux que quelqu'un s'occupe de mes affaires. Je suis tout à fait compétent et capable de le faire moi-même, mais je ne serai pas ici. » Dans de nombreux cas, cependant, la procuration est exécutée, et le document précise clairement que l'intention est qu'elle entre en vigueur seulement lorsque la personne qui l'a accordée devient incapable de prendre des décisions elle-même.

Dans le passé, il est déjà arrivé que la personne ayant obtenu la procuration ait été en mesure de l'exercer, c'est-à-dire de l'utiliser pour accéder à des comptes bancaires, pour vendre des biens, ou quoi que ce soit d'autre, avant que cet événement ne se soit produit. Bien entendu, ça a beaucoup à voir avec la communication, le fait de connaître certaines choses, l'occasion, l'accès et le fait que l'adulte âgé ait ou non conservé tous les documents nécessaires pour que ce genre de choses se produise.

Il serait possible de mettre en place de nombreux mécanismes de protection, mais il y a beaucoup d'ainés qui ne savent pas qu'ils peuvent révoquer une procuration en tout temps, pourvu qu'ils soient toujours compétents pour le faire du point de vue légal. Ce n'est que lorsqu'ils deviennent légalement incapables de prendre des décisions au sujet de leurs finances qu'ils ne peuvent plus révoquer ou modifier la procuration.

Il faut informer les gens à qui l'on accorde une procuration. Il faut leur dire quels sont leurs devoirs et leurs responsabilités et que ceux-ci ne leur incombent que dans certaines circonstances. Dans bien des cas, tout se passe bien dans les familles. Si quelqu'un essaie de tirer avantage de la situation, les avocats vont

situation, lawyers will often suggest that, as you say, there are two individuals who have to make decisions jointly. Alternatively, in this province, we have representation agreements which deal primarily with healthcare decision making and making an advanced directive about who would be the person to make decisions for you if you became physically unable to make decisions about your healthcare, but also some financial transactions. There is a proposed amendment to the provincial legislation to modify that, to make the power of attorney document the primary document for financial affairs and the Representation primarily for healthcare.

In any event, the Representation Agreement Act provides for monitors to officially be appointed to monitor the conduct of the person to whom the agreement has been given. So the representative knows that they are accountable to George the brother-in-law, or whoever who has been appointed the monitor to make sure that they are acting in the interests of the senior. A lot of it is about education.

I am not sure if Laura Watts gave you a presentation about what sort of law reform changes are happening. Across the country, provinces are making powers of attorney acts more uniform so that you can go from province to province and have the same laws apply.

Ms. Spencer: There have been some very good efforts at a public legal education level across provinces, but again, it is patchwork. It varies from province to province in terms of building people's level of awareness in down-to-earth language around things such as power of attorney. What people's responsibilities are. What the effects are. Wills. Other different types of important legal documents that can affect older adults.

It would be nice if we were able to have someone available across the jurisdictions. The other challenge is the capacity to distribute it to the people who are most in need of the information. That reflects the diversity of seniors throughout the country.

Ms. Bain: Those who are the most vulnerable to having their powers of attorney abused are often those who are in institutions and institutional care. So there needs to be ways in which observers, like people within the institution, can see there is some evidence that the person with the power of attorney is going off to Hawaii with no immediate benefit to the individual in the institution, et cetera. In other words, awareness and alerting systems to try to stop this kind of abuse of powers of attorney.

The Chair: What also is very apparent though is that, even within provincial jurisdictions, let alone between provinces, there are inadequacies.

Ms. Bain: Yes.

The Chair: For example, I could have an advanced directive in Ontario but if I collapse in the reception room of a personal care home, even if I may be a resident of that home, and the person

souvent proposer, comme vous le disiez, que deux personnes soient chargées de prendre les décisions ensemble. Par ailleurs, dans la province, il y a des ententes de représentation qui ont trait principalement à la prise de décisions relatives à la santé et au fait de décider à l'avance qui prendra les décisions à votre place une fois que vous deviendrez incapable de prendre des décisions au sujet de votre santé, mais aussi au sujet de certaines transactions financières. On a proposé de modifier cette loi provinciale pour faire en sorte que les procurations deviennent le principal document utilisé pour les affaires d'ordre financier et qu'on utilise surtout la représentation pour ce qui a trait à la santé.

De toute façon, la Representation Agreement Act prévoit qu'on charge officiellement des personnes de surveiller la personne qui fait l'objet de l'entente. Le représentant sait donc qu'il doit rendre des comptes à Georges, le beau-frère, ou à quiconque a été chargé de le surveiller pour s'assurer qu'il agit dans l'intérêt de la personne âgée. C'est beaucoup une question d'information.

Je ne sais pas si Laura Watts vous a présenté un exposé sur le genre de changements qui sont en cours dans le cadre de la réforme du droit. Partout au pays, les provinces uniformisent les lois relatives aux procurations de façon que les mêmes lois s'appliquent d'une province à l'autre.

Mme Spencer : Il y a eu dans les provinces de très bonnes initiatives d'éducation de la population dans le domaine juridique, mais, encore une fois, c'est disparate. Ça varie d'une province à l'autre pour ce qui est du fait de sensibiliser les gens en utilisant un langage simple concernant certaines choses, comme les procurations. Les responsabilités des gens. Les effets. Les testaments. D'autres types aussi de documents juridiques importants qui peuvent concerner les adultes âgés.

Ce serait bien de pouvoir offrir quelque chose à l'échelle du pays. L'autre défi, c'est la capacité de diffuser l'information auprès des gens qui en ont le plus besoin. C'est un reflet de la diversité du groupe que forment les aînés à l'échelle nationale.

Mme Bain : Les gens les plus vulnérables à l'exploitation par l'intermédiaire d'une procuration sont ceux qui vivent dans des établissements de soins. Il faut donc qu'il y ait un moyen par lequel des observateurs, par exemple des employés de l'établissement, puissent constater l'existence de preuves que la personne qui a la procuration fait un voyage à Hawaï, sans avantages immédiats pour la personne qui vit dans l'établissement, et ainsi de suite. Autrement dit, une conscience et des systèmes d'alerte pour essayer de mettre fin à ce genre d'exploitation qui découle des procurations.

La présidente : Ce qui semble tout à fait manifeste, cependant, c'est que, même au sein d'une même province, il y a des différences, sans compter les différences qu'il y a entre les provinces.

Mme Bain : Oui.

La présidente : En Ontario, par exemple, je pourrais rédiger certaines directives à l'avance, mais si je m'effondre dans le hall d'entrée d'un foyer de soins personnels, même si je suis résidente

immediately dials 911 and the ambulance service comes, they must, by law, resuscitate me even though sitting in that desk is a document saying: I will not be resuscitated.

I think what you are addressing here is that we have an awful lot of examples of where one hand is not speaking to the other hand, let alone trying to get my advanced directive from Ontario respected in British Columbia.

Ms. Bain: If you were to, heaven forbid, collapse here in British Columbia, your healthcare providers would be entitled under the Healthcare Consent Act of British Columbia in certain circumstances to provide medical care or not provide medical care, just depending on what their best advice is. Even though the people that accompany you to the hospital might be able to say, "We know that she has a representative who should be consulted in making these decisions." There are provisions in the Health Care Consent Act for emergency healthcare.

Ms. Spencer: As you can see, these again are some of the multiple dimensions of the issues in this area. It is really hard to think of it as a very discrete issue. It has so many different aspects to it.

Senator Mercer: Do you have any statistics on elder abuse and particularly on financial abuse? Do you have any concept as to how big this problem is?

Ms. Spencer: How big a problem? The work that I did back in 1995 here in British Columbia was focusing very specifically on financial abuse and whenever you hear one in 12 seniors is having experienced financial abuse, that came from the study that I. That was done with personal interviews with seniors from across the province.

It was not a gigantic study. This only involved 200 seniors, so you have to be careful whenever you hear some of the figures. On the positive side, it was done as personal interviews so we got talking in terms of financial decision making across the lifespan and looking at the different kinds of ways of relationships that people have. One of the things that was really important within that work was it basically threw out the whole myth of the only financially abused person is a 75 year-old woman who is a widow, who never wrote a cheque in her life. That happens. Yes, absolutely. It's not the only kind.

It is also the sailing captain whose wife took care of all the finances for all the 50 years that he was sailing. It is also the older man who immigrated from the Philippines, in whose culture women take care of the finances and guys do not, things along that line.

Our measurements in terms of financial abuse, our knowledge in terms of financial abuse is still marginal, I would say. There actually is a forum being held in Ottawa specifically around

de ce foyer, que la personne qui se trouve là compose immédiatement le 911 et que les ambulanciers arrivent, la loi les oblige à me réanimer même s'il y a dans mon bureau un document qui précise que je ne veux pas être réanimée.

Je pense que ce dont vous parlez ici, c'est du fait qu'il y a énormément d'exemples de manque de communication, et je ne parle même pas du fait de faire respecter en Colombie-Britannique les directives que j'ai rédigées à l'avance en Ontario.

Mme Bain : Si vous deviez — Dieu vous en garde — vous effondrer ici, c'est-à-dire en Colombie-Britannique, vos fournisseurs de soins de santé pourraient, en vertu de la Healthcare Consent Act de la Colombie-Britannique, décider de vous donner des soins médicaux ou non dans certaines circonstances, simplement en fonction de ce qu'ils jugent indiqué. Même si les gens qui vous accompagnent à l'hôpital disent : « Nous savons qu'elle a un représentant qu'il faudrait consulter avant de prendre ce genre de décisions », il y a dans la Health Care Consent Act certaines dispositions qui concernent les soins d'urgence.

Mme Spencer : Comme vous pouvez le constater, ce sont là encore certains des multiples aspects des questions qui touchent le domaine. C'est vraiment difficile de voir ça comme une question tout à fait isolée. Elle présente tellement de facettes différentes.

Le sénateur Mercer : Avez-vous des chiffres sur les mauvais traitements subis par les aînés, et plus particulièrement sur l'exploitation financière? Avez-vous une idée de l'ampleur du problème?

Mme Spencer : L'ampleur du problème? Le travail que j'ai fait en 1995, ici, en Colombie-Britannique, portait précisément sur l'exploitation financière, et lorsque vous entendez dire qu'un aîné sur 12 est victime d'exploitation financière, ce chiffre vient d'une étude que j'ai faite. Celle-ci a consisté en des entrevues avec des personnes âgées de toute la province.

Ça n'a pas été une étude de très grande envergure. Seulement 200 personnes âgées y ont participé, alors il faut interpréter les chiffres avec circonspection. Ce qui est positif, c'est que nous avons fait des entrevues, ce qui nous a permis de parler des décisions relatives à leurs finances que les gens doivent prendre tout au long de leur vie et des différents types de relations que les gens entretiennent avec d'autres. Une des choses très importantes par rapport à cette étude, c'est qu'elle a déboulonné tout le mythe selon lequel les personnes qui sont victimes d'exploitation financière sont des femmes de 75 ans veuves et qui n'ont jamais signé un chèque de leur vie. Ça arrive à ces femmes, c'est sûr, mais pas seulement à elles.

Ça peut aussi arriver à un capitaine au long cours dont la femme s'est occupée de toutes les questions financières pendant les 50 années durant lesquelles il a navigué. Ça peut arriver aussi au vieil homme qui vient des Philippines, et qui, de par sa culture, est habitué que les femmes s'occupent des finances et non les hommes, et ainsi de suite.

Nos façons d'évaluer l'incidence de l'exploitation financière, nos connaissances dans ce domaine, sont encore très limitées, selon moi. Il va enfin y avoir une tribune à Ottawa sur le sujet

financial abuse, bringing together different key stakeholders to be talking about the different facets of the issues and the possible solutions. That is on June 19-20.

One of the things I was talking about earlier was that background paper on prevalence and incidence. My colleague Gloria Gutman and I happen to be the ones who are writing that one and one of the things that we were looking at is how is financial abuse measured across in different jurisdictions and things along that line. Statistics Canada, back in 1999, did a social survey that had some questions around different kinds of abuse and neglect, and financial abuse was one of them. I only remember a tiny percentage of cases of people saying that they had experienced financial abuse. When I looked at the questions, they were asking about things, well, has anybody forced you to change your will. The thing is you have to know what percentage of the population actually has a will in the first place. What percentage of the senior population has wills? It is not somebody who has low income. It is not somebody that has limited education. It is people who have higher education. So higher, more income, more property.

If you are going to be looking at that, that might capture one part of the problem but it is not going to capture all the financial abuse that occurs in the context, for example, of somebody whose OAS that is being siphoned off. So trying to capture sort of the multiple facets even within that one particular type of abuse can be challenging.

We offer some recommendations about how that might actually build that knowledge for the future.

I do not have it here but next week, one of the students at our centre is defending her thesis and it is looking at financial abuse and it is actually based on the VCC's files. She reviewed the files over an extended period of time looking at sort of the incidence of financial abuse and the different kinds of dynamics and perhaps the factors that were associated with that. So I will be actually reading through her thesis on the weekend. I am the external examiner for that thesis. So we have little bits and pieces of information.

The Brunel Institute of Bioengineering of the United Kingdom has a financial abuse project. So there is an interest at an international level about some of these issues.

In the future, part of that information will be developing. But one of the things that we are recommending is to build within Canada our level of understanding about financial abuse and the particular risk factors for it.

Senator Mercer: In the study of rural poverty with which I have been involved, we heard a term used by a woman who lived in a very small community in the Northwest Territories. She referred to it as "mobbing." She described it as what happened when she was living in an abusive situation and when she reported the

précis de l'exploitation financière, et celle-ci va réunir différents intervenants clés qui vont parler des multiples aspects de la question, ainsi que des solutions possibles. Ça va se passer les 19 et 20 juin prochains.

J'ai parlé tout à l'heure du document d'information sur la prévalence et l'incidence de ce genre de chose. Il se trouve que c'est ma collègue, Gloria Gutman, et moi qui nous occupons de rédiger ce document, et l'une des choses que nous avons examinées, c'est la façon dont on s'y prend pour évaluer l'incidence de l'exploitation financière dans les différentes provinces. En 1999, Statistique Canada a fait une enquête sociale, et il y avait là-dedans quelques questions sur les différents types de violence et de négligence, dont l'exploitation financière. Je me souviens que seulement un faible pourcentage des personnes interrogées ont déclaré avoir été victimes d'exploitation financière. J'ai examiné les questions de l'enquête, et celles-ci portaient sur des choses comme, eh bien, quelqu'un vous a-t-il forcé à modifier votre testament? Ce qui arrive, c'est qu'il faut vérifier d'abord quelle proportion de la population a un testament. Quelle proportion d'aînés ont un testament? Ce ne sont pas les gens dont le revenu est faible. Ce ne sont pas non plus les gens dont le degré de scolarité est faible. Ce sont ceux dont le degré de scolarité est élevé. C'est donc plus haut, plus de revenus et plus de biens.

On peut donc par ce moyen saisir une partie du problème, mais ça ne permet pas de relever tous les cas d'exploitation financière, notamment les cas où quelqu'un siphonne les prestations de la SV. Il peut donc être difficile de définir les multiples aspects mêmes de ce type particulier d'exploitation.

Nous avons des recommandations quant à la façon dont cela pourrait permettre d'acquérir des connaissances dans l'avenir.

Je n'ai pas le document avec moi, mais, la semaine prochaine, une des étudiantes de notre centre défendra une thèse sur l'exploitation financière, et celle-ci est fondée sur les dossiers d'ACC. Elle a examiné les dossiers sur une longue période, et elle a en quelque sorte essayé de déterminer l'incidence de l'exploitation financière et les différentes dynamiques du phénomène, et peut-être aussi les facteurs liés à ça. Je vais lire sa thèse pendant la fin de semaine, en fait. Je vais jouer le rôle d'examinatrice externe pour cette thèse. Nous possédons donc un peu d'information éparse.

Il y a un projet en cours qui porte sur l'exploitation financière au Brunel Institute of Bioengineering du Royaume-Uni. On s'intéresse donc à certaines de ces questions ailleurs dans le monde.

Une partie de cette information va devenir plus précise dans l'avenir. L'une des choses que nous recommandons, c'est de faire en sorte que nous comprenions mieux, au Canada, l'exploitation financière et les facteurs de risque qui y sont liés.

Le sénateur Mercer : Dans le cadre d'une étude sur la pauvreté rurale à laquelle j'ai participé, nous avons appris un terme qu'utilisait une femme qui vivait dans une très petite collectivité des Territoires du Nord-Ouest. Elle a parlé de « houspillage ». Elle a décrit le phénomène de la façon suivante. Elle vivait une

abusive situation, the community was so small that the abuser was related to or had some relationship with everybody else in the community so that suddenly, she was not only isolated from the abuser; she is isolated from the entire community.

Ms. Spencer: That is right.

Senator Mercer: In small communities such as northern communities and the small communities in different parts of British Columbia, is this also the case with seniors who report any one of the different forms of elder abuse?

Ms. Spencer: It certainly is the case in rural communities and it is one of the things that really holds people back.

We have written in the past about sort of the seven special dynamics for abuse within rural communities and, interestingly, what some abusers do is they actually move the person from a large community, like Vancouver, up to a very small community, basically to isolate them.

If you are living in a rural community, there are all sorts of different kinds of things. The fact that you do not have a bank in your community can be a big, big issue. To use an ATM, who are you dealing with here? You are dealing with the local gas station/grocery store combination. So it is your niece, your nephew, who is getting your groceries for you with your old age security cheque and you are not getting any groceries, but you are not getting anything else that is coming back from it.

Again, it is about understanding some of the issues within the context of the social environment, the geographic environment.

Ms. Bain: Maybe I could just add that recently, this issue has come up in the context — you are probably aware of the residential school settlements that are going to older residents. It's about the preliminary distribution of settlements. So essentially, many older First Nations people in small communities, exactly the scenario you described, are suddenly receiving large cheques. We are hearing stories from them and from their families, et cetera, that there are both cultural issues about the sharing of the wealth, so to speak, but also predatory behaviour. On the cultural side, there is some lack of clarity around respecting the older adults' right to make gifts as opposed to having those gifts taken without consulting the older adult.

As for predatory behaviour within the service providers in the community, that could be, for example, Money Marts opening up in communities where there are a lot of settlements coming, just so that they can take advantage of making the loans and earning the high rates of interest, and car dealers setting up special deals, et cetera, et cetera.

situation de violence, et lorsqu'elle en a parlé, comme la collectivité est si petite que l'auteur des actes de violence a des liens de parenté ou un lien quelconque avec tous les autres membres de la collectivité, elle s'est soudainement retrouvée coupée non seulement de cette personne, mais également du reste de la collectivité.

Mme Spencer : C'est exact.

Le sénateur Mercer : Dans les petites collectivités, par exemple dans celles du Nord ou de différentes régions de la Colombie-Britannique, est-ce que c'est aussi ce qui arrive aux aînés qui parlent du fait qu'ils sont victimes de l'une ou l'autre des formes de violence dont sont victimes les aînés?

Mme Spencer : C'est assurément le cas dans les collectivités rurales, et c'est l'une des choses qui, vraiment, empêchent les gens de parler de ce qui leur arrive.

Nous avons écrit certaines choses dans le passé au sujet des sept dynamiques particulières de la violence dans les collectivités rurales, et, fait intéressant, ce que certains auteurs d'actes de violence font, c'est qu'ils installent leur victime qui vient d'une grande collectivité, par exemple Vancouver, dans une autre collectivité, très petite celle-là, essentiellement pour l'isoler.

Lorsqu'on vit dans une collectivité rurale, toutes sortes de choses sont différentes. Le fait qu'il n'y ait pas de banque dans la collectivité peut être un très, très gros problème. Où devez-vous aller pour utiliser un guichet automatique? À la station d'essence et à l'épicerie de l'endroit. C'est donc votre nièce ou votre neveu qui fait vos courses et qui utilise pour cela votre chèque de sécurité de la vieillesse, et il ou elle ne vous apporte rien à manger ni ce qui reste de l'argent.

Encore une fois, il s'agit de comprendre les questions dans le contexte du milieu social, de l'environnement géographique.

Mme Bain : Peut-être puis-je simplement ajouter que, récemment, ce problème a fait surface dans le contexte... vous savez probablement que les aînés qui ont vécu dans les pensionnats indiens reçoivent des indemnités. Il s'agit de la distribution préliminaire de ces indemnités. Ainsi, essentiellement, beaucoup de membres âgés de collectivités de Premières nations — exactement le scénario que vous décriviez — reçoivent tout à coup de gros chèques. Nous entendons les histoires qu'ils racontent et que les membres de leur famille racontent, et ainsi de suite, selon lesquels il y a à la fois des problèmes culturels touchant le partage des richesses, pour ainsi dire, et des comportements de prédation. Pour ce qui est de l'aspect culturel, il y a un manque de clarté quand aux droits des adultes âgés de faire des cadeaux plutôt que de se faire enlever l'argent sans être consultés.

En ce qui concerne les comportements de prédation des fournisseurs de services de la collectivité, ça peut être, par exemple, le fait que des Money Marts ouvrent dans les collectivités où beaucoup de gens vont recevoir des indemnités, simplement parce que les entreprises veulent profiter de la possibilité de faire des prêts et de toucher les intérêts élevés, ou encore de concessionnaires automobiles qui font des promotions, et ainsi de suite.

I mentioned earlier the PhoneBusters and the statistics that indicate the high number of the victims that are targeted in general are seniors. The same dynamic occurs in small communities when there is potential for financial abuse.

The Chair: I have just one question actually and it is built on a combination of what you said but also what was said by previous panels this morning, and that is around the idea of the sponsorship immigration area. You said that the spouse had been reduced to three, but we were told it had been reduced to five.

Ms. Spencer: I believe it was three. I may be mistaken, but I am pretty sure. The reason I say that is two of my colleagues and I actually wrote a chapter on ethnic minority seniors. We were talking about this specifically.

The Chair: It would make sense if it were reduced to three because three is the time at which you can become a Canadian citizen in your own right. I assume that you are recommending what they were certainly recommending this morning that it should be significantly reduced.

Ms. Spencer: Yes. One of the things from work that has been done in terms of sponsored abuse and wife abuse and sponsorship, is that it really created an incredibly dependent and vulnerable role for women. We know that from other research that it does create this. We have a fundamental change in terms of roles within families, within extended families, that really sets the stage for abuse and neglect.

In terms of practical situations, imagine any one of us here being able to project for the next ten years our ability to take care of somebody else. I know that I certainly could not do it. Even with the best of intentions, somebody that I really want to be able to care for. A sponsorship can break down for reasons beyond people's control.

The other thing is it is not just that ten-year rule. The other part is the intersection between the provincial policy and the federal policy and that has to go to the social assistance part. In British Columbia, the social assistance that is provided to a sponsored immigrant becomes a debt owed by the sponsor, and that debt extends even after the person, the sponsor dies. It is a ludicrous situation. It treats both the sponsors and the people who are sponsored as if they are nefarious individuals who are out to rip off the government. That is the underlying message.

The Chair: Quite frankly, I am not sure that it is constitutional because if you are eligible for Canadian citizenship at the end of three years, how can you still be considered a dependent? But I suspect that although you are eligible, many of these people cannot qualify because they would not be able to speak one of

J'ai parlé tout à l'heure de PhoneBusters ainsi que des chiffres qui indiquent qu'une forte proportion des gens qu'on cible sont des personnes âgées. C'est le même genre de dynamique qui s'installe dans les petites collectivités lorsqu'il y a des possibilités d'exploitation financière.

La présidente : Je n'ai qu'une seule question, en fait, qui découle de ce que vous avez dit, mais également de ce qu'ont dit les témoins qui étaient ici ce matin, et elle porte sur les immigrants parrainés. Vous avez dit que la période de dépendance des conjoints parrainés était passée à trois ans, mais on nous a dit qu'elle n'avait été réduite qu'à cinq ans.

Mme Spencer : Je pense que c'est trois. J'ai peut-être tort, mais je suis assez sûre de ce que je dis. La raison pour laquelle je dis ça, c'est que toutes mes collègues et moi avons rédigé ensemble un chapitre sur les personnes âgées qui appartiennent à une minorité ethnique. Nous parlions précisément de ça.

La présidente : Cela aurait du sens que ce soit trois ans, parce que c'est le temps qu'il faut pour devenir citoyen canadien de plein droit. Je présume que vous recommandez la même chose que les témoins de ce matin, c'est-à-dire que l'on réduise de beaucoup la période de dépendance.

Mme Spencer : Oui. L'une des choses qui ressortent du travail qui a été fait sur la violence, notamment la violence conjugale, dans le cadre des parrainages, c'est que les parrainages ont vraiment créé un rôle de grande dépendance et de grande vulnérabilité pour les femmes. Nous savons pour avoir lu d'autres études que les parrainages créent ce genre de situation. Il y a des changements fondamentaux qui touchent les rôles des membres des familles, des familles étendues, et ces changements favorisent la violence et la négligence.

Pour ce qui est des situations concrètes qui se produisent, imaginez que quelqu'un parmi nous puisse prévoir être en mesure de s'occuper de quelqu'un pendant les dix prochaines années. Pour ma part, je sais que je ne pourrais absolument pas le faire. Même si j'avais les meilleures intentions, même s'il s'agissait d'une personne dont j'aimerais vraiment pouvoir m'occuper. La rupture des ententes de parrainage peut se produire pour des motifs qui échappent à l'emprise des gens.

L'autre chose, c'est qu'il ne s'agit pas seulement de cette règle de dix ans. L'autre partie du problème, c'est l'interface entre les politiques provinciales et les politiques fédérales en ce qui a trait à l'aide sociale. En Colombie-Britannique, l'aide sociale fournie à un immigrant parrainé devient une dette pour le répondant, et cette dette continue d'exister même après le décès de la personne, du répondant. C'est ridicule. On traite les répondants et les personnes qui sont parrainées comme des gens mal intentionnés qui chercheraient à voler le gouvernement. C'est le message sous-jacent.

La présidente : Très sincèrement, je ne suis pas convaincue que c'est constitutionnel, parce que si quelqu'un peut devenir un citoyen canadien après trois ans, comment cette personne peut-elle encore être considérée comme étant dépendante? Mais je soupçonne que bon nombre des gens qui peuvent demander la

Canada's official languages. And that in itself makes them more dependent, so you have really got a bubbling situation.

I want to thank you both very much. This has been extremely informative and very useful to our preparations.

Senators, we are now going to receive our final panel today, although following this panel, we have four walk-ons and we will also be getting a tour of this particular facility. So your day will not end with this particular panel.

Appearing before us are Joe Gallagher, Senior Director, First Nations Health Council, and Lisa Mercure, Member of the Elders Council, the British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres.

We had the great privilege yesterday visiting Sagkeeng First Nations in Manitoba and visiting their long-term care facility, and although I have been there before, I think it was a bit of an eye-opener to the other senators. We also had the great fortune of hearing from the Manitoba Association of Aboriginal Friendship Centres. Just so that you know that some of the issues we have heard, but we want to hear from you in great detail because we want to make Aboriginal seniors a very important part of our committee presentation in September.

Mr. Gallagher, let us begin with you.

Joe Gallagher, Senior Director, First Nations Health Council: Briefly, the First Nations Health Council here in British Columbia represents the 203 First Nations in this province in the implementation of the tripartite health plan which has recently been signed between the First Nations leadership in B.C., the provincial government and the federal government. Premier Gordon Campbell signed off as well as the Federal Minister of Health, Tony Clement, and within that plan are a lot of the issues that I think are identified in the report. In our comments to you today, we will touch on some of those things.

One of the most important aspects of that health plan is to close the health gaps amongst First Nations people with other Canadians. A big part of that are issues relating to the social determinants of health and the current status of those determinants in relation to First Nations peoples in this country, particularly here in B.C.

I will go into some comments that we have around the report itself and try and give you some of our thoughts on it.

The report acknowledges a correlation between positive social relationships and mental and physical health; the lack of social relationships has also been identified as a risk factor for the development of health problems. For First Nations this is very

citoyenneté canadienne ne peuvent l'obtenir parce qu'ils ne parlent pas l'une ou l'autre des langues officielles du Canada. Et cela, en soi, les rend encore plus dépendants, ce qui fait que leur situation est vraiment précaire.

Merci beaucoup à vous deux. Votre témoignage nous a beaucoup éclairés, et ce que vous avez dit nous sera très utile pour la rédaction de notre rapport.

Sénateurs, nous allons maintenant recevoir notre dernier groupe de témoins de la journée, quoique, après ce groupe, quatre personnes vont témoigner à titre personnel, et nous allons également faire une visite de l'établissement. Votre journée ne sera donc pas terminée après le prochain groupe.

Nous accueillons M. Joe Gallagher, directeur principal, First Nations Health Council, ainsi que Mme Lisa Mercure, coordonnatrice des aînés, BC Association of Aboriginal Friendship Centres.

Nous avons eu hier le privilège de rendre visite à la Première nation Sagkeeng du Manitoba et de visiter son établissement de soins à longue durée, et, si j'y étais pour ma part déjà allé, je pense que ça a été en quelque sorte une révélation pour les autres sénateurs. Nous avons aussi eu la très grande chance d'entendre le témoignage des représentants de la Manitoba Association of Aboriginal Friendship Centres. Je vous le dis simplement pour que vous ayez une idée de ce dont nous avons entendu parler déjà, mais nous aimerions entendre de vous tout ce que vous avez à dire, parce que nous avons l'intention de consacrer une partie très importante du rapport que nous allons présenter en septembre aux aînés autochtones.

Monsieur Gallagher, commençons par vous.

Joe Gallagher, directeur principal, First Nations Health Council : En un mot, First Nations Health Council en Colombie-Britannique représente les 203 Premières nations qui habitent dans la province dans le cadre de la mise en œuvre du plan tripartite de santé, qui a récemment été signé par les dirigeants des Premières nations en Colombie-Britannique, le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral. Le premier ministre Gordon Campbell et le ministre fédéral de la Santé, Tony Clement, ont apposé leur signature et, à mon avis, le plan tient compte de beaucoup des questions abordées dans votre rapport. Dans les commentaires que je vous adresserai aujourd'hui, nous parlerons de certaines de ces choses.

L'un des aspects les plus importants du plan de santé consiste à combler les écarts entre les Premières nations et les autres Canadiens. Essentiellement, cela tient à des questions relatives aux déterminants sociaux de la santé et à leur état actuel chez les Premières nations du pays, surtout ici en Colombie-Britannique.

Je vais aborder certains commentaires liés au rapport lui-même et je tenterai de vous communiquer certaines de nos idées à ce sujet.

Le rapport tient compte de l'étroite corrélation entre les relations sociales positives et la santé physique et mentale; le manque de relations sociales a également été identifié comme un facteur de risque de souffrir de problèmes de santé. Pour les

true as racism, whether direct or indirect, enhances social isolation and chances of individuals accessing health and social service programs. It also leads to accessing other determinants of health such as education, housing and employment.

We talk about the situation that a lot of our people face, even in accessing basic health services. Depending on the situation where they live and the environment in which health services are being provided, a lot of our people are not accessing them at all. In particular with our elders, the challenges they face in engaging a system that is not responsive to who they are as cultural people is something that does not result in quality service being delivered or even being accessed.

The report also mentions age friendly rural and remote community guide. For First Nations communities, our on-reserve community development is funded by INAC, Indian and Northern Affairs Canada, and does not fit into the general population infrastructure through municipal bodies.

Sewage and water on reserve is commonly inadequate as is the housing so basic infrastructure is of most importance to First Nations leaders and planners. Special facilities, recreation areas and other planning for elders is not high on the priority list when resources are stretched, especially since First Nations populations are higher on the youth side than elders.

Programs and services for youth are in high demand due to high rates of mental health and addiction issues, which are leading to high rates of suicide and other things. So we end up in a situation where, in the whole range of priorities, sometimes our elders get forgotten because the priority is around housing for families. When you look at how we work together and the importance of the family structure, we have a great need of taking care of families in general. The elders' needs on top of that are usually a burden that is put upon communities and one that they cannot usually address very effectively. Yet it is one that is increasingly growing in importance as we lose more of our elders on a daily basis.

On page 12, the report mentions that people are more likely to take advantage of learning opportunities in their senior years if they have continued to participate in learning throughout their lives. So, again, for our people, it is not necessarily true. Experiences that result from residential school, high drop-out rates and inability to access education due to poverty and lack of resources provided by INAC for post-secondary education leave, a lot of our people not participating in education — a lifelong learning kind of process.

Premières nations, cela est particulièrement vrai : le racisme, direct ou indirect, exacerbe l'isolement social et nuit aux possibilités que les personnes accèdent aux programmes de santé et de services sociaux. Il influe aussi sur l'accès à d'autres déterminants de la santé, comme l'éducation, le logement et l'emploi.

Nous parlons de la situation à laquelle beaucoup de gens de notre peuple font face, même lorsqu'ils tentent d'accéder aux services de santé de base. En fonction de leur situation de vie et de l'environnement dans lequel se trouvent les services de santé, beaucoup de gens de notre peuple n'accèdent pas du tout à ces services. Surtout chez nos aînés, les difficultés qu'ils doivent surmonter pour pénétrer dans un système qui n'est pas adapté à leur identité culturelle empêchent la prestation de services de qualité ou même l'accès à ceux-ci.

Le rapport fait aussi allusion à un document intitulé *Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide*. Chez les collectivités des Premières nations, le développement communautaire dans la réserve est financé par AINC, Affaires indiennes et du Nord Canada, et ne s'inscrit pas dans l'infrastructure destinée à la population générale financée par les municipalités.

Les réseaux d'égout et d'approvisionnement en eau dans les réserves sont souvent inadéquats, tout comme le logement, donc une infrastructure de base est de la plus grande importance pour les dirigeants et les planificateurs des Premières nations. Les établissements spéciaux, les aires de loisirs et autres infrastructures planifiées pour les aînés ne sont pas en tête des priorités lorsqu'on évalue les ressources, surtout du fait que les populations des Premières nations comportent plus de jeunes que d'aînés.

Les programmes et les services pour les jeunes sont très en demande à cause du taux élevé de maladies mentales et de problèmes de toxicomanie, qui entraînent, entre autres, un taux élevé de suicide. Or, au bout du compte, l'éventail complet des priorités fait en sorte que, parfois, nos aînés sont oubliés, parce que la priorité tient au logement pour les familles. Si l'on observe notre dynamique et l'importance de la structure familiale, on constate que nous avons un grand besoin de prendre soin des familles en général. Les besoins des aînés qui s'ajoutent se révèlent souvent un fardeau imposé aux collectivités, et habituellement, elles ne s'en acquittent pas très bien. Pourtant, la taille du problème augmente progressivement, car nous perdons des aînés chaque jour.

À la page 13, le rapport indique que les gens sont davantage enclins à profiter des possibilités d'apprentissage à un âge avancé s'ils l'ont fait tout au long de leur vie. Or, encore une fois, ce n'est pas nécessairement vrai chez notre peuple. Les expériences qui découlent des pensionnats indiens, des taux de décrochage élevés et de l'incapacité d'accéder à l'éducation à cause de la pauvreté et du manque de ressources fournies par AINC à des fins de congé d'études postsecondaires, beaucoup des membres de notre peuple n'intègrent pas le système d'éducation — un type de processus qui s'apparente à l'apprentissage continu.

More work has to be done to ensure that our people are able to participate in lifelong learning in a context that will meet their needs. Programming and design of programming, not only delivery of programming, needs to be something that is done through partnership with our First Nations, to ensure programs are delivered in a way where our community members can participate successfully and enhance their opportunities to participate further as life goes on.

Page 13, recommendation 9, talks about adapting New Horizons for seniors or Aboriginals. New Horizons provides grants up to \$25,000 for community projects that promote ongoing involvement of seniors in communities to avoid the risk of social isolation. It is a good idea, but many of our communities were starting so far behind that it may not be of significant value to them. We are still in need of facilities, transportation and workers to make these kinds of things happen. So it may be more appropriate that these kinds of resources are used to enhance our elders' participation in other programs that exist in communities that require and would benefit from participation of our elders as part of that program.

A lot of it involves programming related to our young people, where a lot of our communities are wanting to bring forward that traditional perspective to those programs, and a lot of times we are not able to find the resourcing to support those kinds of costs.

Recommendation 11 talks about: educate Canadians about the benefit of physical activity. It is a useful recommendation and through our tripartite health plan, we have an action item that talks about the First Nations Act Now initiative, which in the Province of British Columbia, we have the ActNow which is the provincial government's initiative to help British Columbia become the most healthiest, fit jurisdiction within the country by 2010. Within our tripartite health plan, we are now engaging in physical activity initiatives as well as other initiatives related to better nutrition that will hopefully promote similar types of benefits for First Nations people. In our initiative, we are looking at addressing, physical activity and nutrition throughout the whole life spectrum of our communities. So we are hoping to engage our seniors and elders in those activities.

Recommendation 12: eliminate barriers which limit active living. So we need to consider additional barriers as First Nations, with differences on and off reserve taken into consideration. Accessibility for community members is exacerbated when communities are remote and there are no facilities. Transportation is always a huge issue, as is poverty and so on which limit access for not only our elders, but for families and youth to engage in recreation and sport.

Il faut en faire davantage pour veiller à ce que les gens de notre peuple soient en mesure de profiter d'un apprentissage continu dans un contexte qui est adapté à leurs besoins. La programmation et la conception de programmes, pas seulement l'exécution des programmes, doivent se faire en partenariat avec nos Premières nations, pour que l'on puisse s'assurer que les programmes sont dispensés de façon à ce que les membres de notre collectivité puissent y participer avec succès et accroître les possibilités qu'ils y participent davantage au fil de leur vie.

À la page 15, la recommandation 9 parle d'adapter le programme Nouveaux Horizons pour les aînés, en fonction des besoins des Autochtones. Le programme Nouveaux Horizons pour les aînés prévoit des subventions pouvant s'élever à 25 000 \$ pour des projets communautaires qui favorisent la participation des aînés à la vie communautaire pour éviter leur isolement social. C'est une bonne idée, mais un bon nombre de nos collectivités partent de si loin que cette mesure risque de ne pas être pertinente pour elles. Nous avons toujours besoin d'établissements, de moyens de transport et d'un effectif pour réaliser ce genre de choses. Ainsi, il serait peut-être plus approprié que ce genre de ressources soit utilisé pour favoriser la participation de nos aînés à d'autres programmes en place dans des collectivités qui ont besoin de la participation de nos aînés et en tiraient profit.

Cette question tient en grande partie à la programmation liée à nos jeunes; beaucoup de nos collectivités souhaitent intégrer ce point de vue traditionnel à ces programmes, et bien souvent, nous n'arrivons pas à trouver les ressources nécessaires à ce genre de coûts.

À la recommandation 11, on parle de sensibiliser les Canadiens aux avantages de l'activité physique. C'est une recommandation utile, et, dans le cadre de notre Plan tripartite de santé, on retrouve un point prioritaire qui a trait à l'initiative Act Now des Premières nations, laquelle se rattache à une initiative provinciale nommée ActNow, qui vise à aider la Colombie-Britannique à devenir la province la plus en santé et en forme du pays d'ici 2010. Dans le cadre de notre Plan tripartite de santé, nous organisons actuellement des initiatives liées à l'activité physique et à l'amélioration de l'alimentation, qui visent à promouvoir des avantages semblables chez les Premières nations. Dans notre initiative, nous cherchons à prendre en main l'activité physique et l'alimentation tout au long du spectre de la vie de nos collectivités. Nous espérons mobiliser les personnes âgées et les aînés pour qu'ils participent à ces activités.

La recommandation 12 consiste à éliminer les obstacles à la vie active. Dans le cas des Premières nations, il faut tenir compte des obstacles supplémentaires, et tenir compte des différences entre la situation dans les réserves et à l'extérieur. L'accessibilité pour les membres des collectivités est compromise lorsque celles-ci sont éloignées et qu'il n'y a pas d'établissements. Le transport est toujours un immense problème, tout comme la pauvreté, entre autres, qui limite l'accès, pas seulement pour nos aînés, mais pour les familles et les jeunes, sur le plan des loisirs et du sport.

With that, we do have a strong notion of preventative promotional activities because as our communities age, we want to try to limit the number of people with severe chronic conditions by trying to encourage a healthier lifestyle choices at an earlier age. Our elders are a big part of that dialogue that has to happen.

Recommendation 13: facilitate the sharing of knowledge and best practices. So, again, a recommendation that we think is very good. Our ActNow initiative is a good example of trying to work toward a knowledge transfer, especially in the area of traditional recreational activities and the kinds of things that communities can do and share amongst themselves to support a more active and healthy lifestyle.

The report discusses housing for seniors and how owning their own homes can help with retirement. This does not really make sense in a lot of our communities. In an on-reserve situation, our elders do not own their own homes or if they do own their own homes, they are not in a situation where the home becomes a bankable asset. If they have any kind of title to land, it is through a certificate of possession which has very little monetary value for the elders unless they are able to transfer it to another band member, which is usually the only way you can transfer those kinds of assets. So it is something that does not really make sense for our people.

Page 27 states: When the determinants of health are positive throughout life, seniors spend more years as young-old and middle-old, and fewer years in the frail-old stages of life. Again, not true for First Nations due to the effects of residential school and poverty. First Nations have a lower life expectancy and determinants of health such as education, employment, housing, health are lower than in the general population.

We struggle with those very fundamental pieces of looking at how we are able to improve the health outcomes of our people, so that our elders do have a better quality of life at an older age.

Page 28 mentions a need for proper footwear for physical activity. Again, a challenge for First Nations elders because of poverty, because of the social determinants that they experience.

Recommendation 34: establish a national comprehensive publicly insured or privately insured prescription plan. For status First Nations, this is somewhat available through the non-insured health benefits program provided by Health Canada, but this program in itself is inadequate due to the cost containment and direction on policy derived at a national level without regional disparities recognized. It creates a situation

De plus, nous avons une bonne idée des activités de promotion de la prévention, car à mesure que vieillissent nos collectivités, nous voulons faire diminuer le nombre de gens aux prises avec de graves états chroniques en tentant de promouvoir des choix de vie plus sains dès un jeune âge. Nos aînés ont un grand rôle à jouer dans ce dialogue, qui doit avoir lieu.

Dans la recommandation 13, on parle de faciliter la mise en commun des connaissances et des pratiques exemplaires. Or, encore une fois, nous estimons que cette recommandation est très bonne. Notre initiative ActNow est un bon exemple de tentative de travailler à appliquer les connaissances, surtout dans le domaine des activités récréatives traditionnelles et du genre de choses que les collectivités peuvent faire et partager entre elles pour favoriser un style de vie plus actif et sain.

Le rapport parle du logement pour les aînés et du fait que la propriété de leur propre maison peut contribuer à leur retraite. Cela n'a pas beaucoup de sens dans bon nombre de nos collectivités. Dans les réserves, nos aînés ne sont pas propriétaires de leur logement ou, le cas échéant, ils ne sont pas dans une situation où le logement peut être un actif négociable en banque. S'ils possèdent une forme ou une autre de titre foncier, c'est par le truchement d'un certificat de possession qui a une très faible valeur pécuniaire pour l'aîné, à moins qu'ils puissent le transmettre à un autre membre de la bande, ce qui est habituellement la seule façon possible de transférer ce genre d'actifs. Donc c'est quelque chose qui n'a pas beaucoup de sens pour notre peuple.

À la page 31, on énonce ce qui suit : « Lorsque les déterminants de la santé sont positifs pendant toute la vie, les aînés ont un troisième et un quatrième âge plus longs et ont moins d'années en perte d'autonomie. » Encore une fois, ce n'est pas vrai pour les Premières nations à cause des répercussions des pensionnats indiens et de la pauvreté. Les membres des Premières nations ont une espérance de vie plus courte, et les déterminants de la santé comme l'éducation, l'emploi, le logement et la santé sont plus faibles que dans la population en général.

Nous sommes aux prises avec ces éléments cruciaux qui nous permettent de mesurer à quel point nous pouvons améliorer les résultats pour la santé de ces gens, pour que nos aînés aient une meilleure qualité de vie à un âge plus avancé.

À la page 32, on mentionne la nécessité de bonnes chaussures pour l'activité physique. Encore une fois, c'est une difficulté chez les aînés des Premières nations à cause de la pauvreté et des déterminants sociaux auxquels ils font face.

La recommandation 34 parle d'établir un régime national d'assurance-médicaments exhaustif financé par l'État ou par un partenariat public-privé. Pour les Indiens inscrits, cette mesure est en quelque sorte accessible en vertu du programme de services de santé non assurés offert par Santé Canada, mais le programme en soi est inadéquat à cause des limitations des coûts et de l'instruction en matière de politique qui tire son origine de

where the non-insured program does not cover all necessary prescriptions and there are concerns regarding the use of generic drugs.

Recommendation number 35: introduce public information campaigns about nutrition targeted at seniors and the general population. We are looking to do this in our tripartite health plan. In particular, we focused on our First Nations ActNow initiative as well as the Aboriginal Diabetes initiative which is through the federal government. We are working in partnership with the federal government as part of the tripartite plan to try and address this issue.

Recommendation number 36: ensure that the dental care programs for First Nations veterans and inmates in federal facilities cover the cost of dentures. A good recommendation, but this does miss the point that because of poor dental care throughout life, many First Nations require dentures most of their life, and poor dental care is a good indicator of heart disease. Adding onto this recommendation that expanding the non-insured health benefit dental policies to ensure that proper care is provided through the life spectrum and should include orthodontics would be important.

We face many different challenges with this non-insured program in terms of dental care for First Nations people all across the lifespan. This program, as in the case of the prescription program, is driven at the national level by a need for cost containment. Policy direction has created a program that looks good on paper but in reality does not work to serve the needs of our people. So by the time our community members become elders, their dental history has long been a problem for them.

Section 4.3 refers to health, human resources, gerontological and geriatric specialization. Cultural competency is essential for health service providers working with First Nations. The competency should include understanding and working with those who attended residential school, language and cultural traditions and the importance of family in the life of the elder. And really looking at how these things are put together and recognizing that in British Columbia, for example, we have 203 First Nations and all of those communities are not the same.

We have to be able to respect the diversity of those communities and then when we have service providers that are working with elders from any particular community, they need to understand that environment and what that means otherwise it becomes, again, a service or an interaction that is not beneficial to the elder.

l'échelon national sans tenir compte des disparités régionales. Cela crée une situation dans laquelle le programme des services non assurés ne couvre pas toutes les ordonnances nécessaires, et on a des inquiétudes au sujet de la consommation de médicaments génériques.

La recommandation 35 parle de lancer des campagnes d'information sur la nutrition destinées aux aînés et à la population en général. Nous songeons à le faire dans le cadre de notre plan tripartite de santé. En particulier, nous avons concentré nos efforts sur notre initiative ActNow des Premières nations et sur l'Initiative autochtone sur le diabète, qui relève du gouvernement fédéral. Nous travaillons en partenariat avec le gouvernement fédéral dans le cadre du Plan tripartite pour tenter de mettre en œuvre cette initiative.

Dans la recommandation 36, on parle de veiller à ce que les programmes de soins dentaires pour les anciens combattants et les détenus des pénitenciers fédéraux des Premières nations assument les coûts des prothèses dentaires. C'est une bonne recommandation, mais elle passe à côté de la cible : à cause de la piètre qualité des soins dentaires tout au long de la vie, beaucoup d'Autochtones ont besoin d'une prothèse pendant la majeure partie de leur vie, et la piètre qualité des soins dentaires peut causer des maladies du cœur. Il serait important d'ajouter à cette recommandation que l'élargissement des politiques de soins dentaires non assurés permettent de veiller à ce que des soins adéquats soient dispensés à toutes les étapes de la vie et devraient inclure les soins orthodontiques.

Nous faisons face à beaucoup de difficultés différentes dans le cadre de ce programme de soins non assurés sur le plan des soins dentaires pour les Autochtones tout au long de leur cycle de vie. Ce programme, à l'instar du programme d'ordonnances, est motivé, à l'échelon national, par le besoin de limiter les coûts. Les instructions en matière de politique ont créé un programme qui semble bien beau théoriquement, mais en réalité, il ne réussit pas à répondre aux besoins de notre peuple. Alors, quand les membres de nos collectivités atteignent l'âge d'or, leurs antécédents dentaires sont un problème de longue date.

La section 4.3 fait allusion à la santé, aux ressources humaines ainsi qu'à la spécialisation gérontologique et gériatrique. Le savoir-faire culturel est essentiel chez les fournisseurs de soins de santé qui travaillent auprès des Premières nations. Par savoir-faire, on entend la capacité de comprendre les personnes qui ont fréquenté le pensionnat indien et de travailler auprès d'elles, ainsi que la compréhension de la langue, les traditions culturelles et l'importance de la famille dans la vie de l'aîné. Il faut vraiment savoir observer comment ces choses interagissent et reconnaître que, en Colombie-Britannique, par exemple, nous comptons 203 Premières nations, et ces collectivités ne sont pas toutes pareilles.

Il faut être en mesure de respecter la diversité de ces collectivités et, lorsque des fournisseurs de services travaillent avec des aînés d'une collectivité donnée, ils doivent comprendre son environnement et ce qu'il signifie, sinon, cela devient, encore une fois, un service ou une interaction qui ne profite pas à l'aîné.

Recommendation number 45: apply the gold standard and palliative home care to veterans, First Nations, Inuit and federal inmates. The point needs to be made that First Nations need to lead this at the community level. Not deliver it at a national, regional governmental department. A lot of our elders do not want to leave home because of some of those other things that we talked about in terms of their interaction with the public health system. They are more comfortable at home and a lot of our communities want to be able to find ways to take care of our elders at home. That is more in line with the culture of our people and something that we have to find a way to address.

Page 33 starts the dialogue on mental health, mental illness and dementia. It is noted that others have lived with mental illness much of their lives. It should be noted to this committee that First Nations have mental wellness issues for most of their lives including depression, suicide attempts, addictions, posttraumatic stress disorder due to factors such as residential schools. They may have suffered physical, emotional and sexual abuse throughout their lives, and so it is of extreme importance that these kinds of issues are looked at and taken into account as to what they really do mean for First Nations people and communities. The impact of residential school is something that we can never underestimate because it is having a generational effect in our communities. The elders that are still with it today that have experienced that and the issues that have resulted from that that relate to their interaction with their families is something that we need to be very cognizant of.

Recommendation number 46: develop tools to facilitate the early diagnosis of mental health conditions. Again, it should be noted that tools need to be developed at the community level so that they include cultural practices, taking into account residential school experiences and the stigma that communities may have around certain mental illnesses. We think there has to be a better way of doing it and that there cannot be tools that are developed in isolation from First Nations communities and their input, depending on where those tools are being applied.

Recommendation number 47: remove the 3 per cent cap on non-insured health benefit services. This recommendation should include that policies derived from non-insured health benefits should be designed and implemented by First Nations. The non-insured health benefits program again with cost containment and direction and policy derived at a national level, is not all that it could be. Because the needs of First Nations in the area of health services have a greater tendency to be determined by federal programming on what is in the best interests of First Nations people.

À la recommandation 45, on parle d'appliquer les normes de référence en matière de soins palliatifs à domicile pour les anciens combattants, les Premières nations et les Inuits ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux. Il faut faire valoir que les Premières nations doivent diriger ce processus à l'échelon communautaire. Il ne faut pas mettre cela en œuvre à l'échelon d'un ministère national ou régional. Beaucoup de nos aînés ne veulent pas quitter leur domicile, à cause de certaines choses que nous avons mentionnées au chapitre de leur interaction avec le système de santé publique. Ils sont plus à l'aise chez eux, et bon nombre de nos collectivités veulent réussir à trouver des manières de prendre soin de leurs aînés chez eux. Cela s'harmonise mieux avec la culture de notre peuple, et nous devons trouver une manière d'en faire une réalité.

À la page 39, on aborde le dialogue sur la santé mentale, la maladie mentale et la démence. On mentionne que certains sont aux prises avec une maladie mentale pendant la majeure partie de leur vie. Le comité devrait prendre note du fait que les Premières nations sont aussi aux prises avec des problèmes de santé mentale pendant la majeure partie de leur vie, dont la dépression, les tentatives de suicide, la toxicomanie, le syndrome de stress post-traumatique causé par des facteurs comme les pensionnats indiens. Certains peuvent avoir été victimes de violence physique, psychologique et sexuelle pendant toute leur vie, alors il est extrêmement important d'examiner ces questions et de les prendre en considération pour mesurer l'ampleur de leur signification pour les Autochtones et les collectivités des Premières nations. Les répercussions des pensionnats indiens ne peuvent jamais être sous-estimées, car elles ont un effet sur les nouvelles générations dans nos collectivités. Les aînés touchés ont vécu cette expérience et ont été en butte aux problèmes qui en ont découlé à l'égard de leur interaction avec leur famille, c'est un phénomène dont nous devons être très conscients.

La recommandation 46 parle d'élaborer des outils pour faciliter le diagnostic précoce de troubles mentaux. Encore une fois, on devrait prendre conscience du fait que des outils doivent être élaborés à l'échelle des collectivités, afin qu'ils comprennent les pratiques culturelles et qu'ils tiennent compte des expériences liées aux pensionnats indiens et aux tabous que peuvent entretenir des collectivités au sujet de certaines maladies mentales. Nous croyons qu'il doit exister une meilleure façon de faire, et qu'on ne peut pas élaborer des outils sans égard aux collectivités des Premières nations et à leurs commentaires, selon l'endroit où l'on se servira de ces outils.

La recommandation 47 parle de supprimer le plafond de 3 p. 100 imposé aux services de santé non assurés. Cette recommandation devrait ajouter que les politiques liées aux services de santé non assurés devraient être conçues et mises en œuvre par les Premières nations. Le programme des services de santé non assurés, encore une fois à cause de la limitation des coûts et du fait que les instructions et les politiques sont conçues à l'échelon national n'est pas optimal. En fait, les besoins des Autochtones en matière de services de santé ont plutôt tendance à être déterminés dans le cadre de programmes fédéraux qui dictent quels sont les intérêts supérieurs des Premières nations.

I will use dental as an example. When I am hearing stories around dental services being denied because decisions are being made that the individual is incapable of taking care of their teeth anyway, so it is not a good expenditure of money to provide the service, those kinds of things are just not good practices. So the non-insured health benefit program is not only about the cap. In B.C., we already acknowledge that the program is underfunded in relation to the rest of the country. It is about how the services are being delivered, how the benefits are being provided and the fact that people get turned away and, in many cases, are asked to be able to provide payment in advance and get reimbursed by the non-insured program. There are not very many of our elders that can afford to pay for their glasses upfront or their dental work or any of these things, even if they can get them approved. So a big problem with that program.

Recommendation 48 talks about expanding eligible expenses under the non-insured health benefits program to include the cost of foot care. This should be broadened to allow for First Nations to identify other needs other than foot care. Priorities are being decided in places that are a long way from recognizing where the real needs are at the community level.

One of the things that we recognize in our health plan is that we really have to turn this around. The governments need to recognize the First Nations' role in governing their own health services and that it is the inclusion of First Nations community design and delivery of services that will really move us forward in the ability to address the health needs of our people. It is not the government continuing with its role of designer or deliverer of programs, but more of them becoming the governance partner and the funder of these initiatives, allowing the communities to direct services as required by all members of the First Nations community including our elders.

Page 37 has recommendations around housing. Another recommendation should be that INAC needs to provide adequate resources for housing on and off reserve, and that is a very fundamental need for our people and the impact of housing on the health of all of our families and our elders.

Recommendation number 55: increase the supply of affordable supportive housing for First Nations and Inuit seniors. This should be provided regardless of residence because we have a lot of our people who find the face different kinds of challenges when they move on and off reserve.

Recommendation number 69: sharing our best practices related to integrated care. Integrated care is happening across the country with minimal opportunity to share experiences across

Je vais évoquer les soins dentaires comme exemple. Lorsque j'entends des histoires au sujet du refus d'offrir des soins dentaires, du fait qu'on prend des décisions selon lesquelles la personne est incapable d'assumer sa propre hygiène dentaire de toute façon, de sorte que ce n'est pas une dépense judicieuse de lui offrir ce service, je ne crois pas que j'entends parler de pratiques exemplaires. Donc le programme de services de santé non assurés n'est pas seulement une question de plafond. En Colombie-Britannique, nous constatons déjà que le programme est sous-financé comparativement à ce qu'il en est dans le reste du pays. Ce qui importe, c'est la manière d'offrir les services et les avantages, car il arrive que les personnes essuient un refus et, dans bien des cas, on leur demande de payer à l'avance puis de se faire rembourser par le programme de services non assurés. Les aînés qui ont les moyens de payer leurs lunettes ou leurs soins dentaires, ou je ne sais quoi, à l'avance, sont très rares, même s'ils peuvent en faire approuver le remboursement. Alors voilà un gros problème qui est lié à ce programme.

La recommandation 48 parle d'élargir la catégorie des dépenses admissibles au titre du programme des services de santé non assurés de manière à inclure les coûts liés aux soins des pieds. Cette recommandation devrait être plus générale pour permettre aux Autochtones de déterminer des besoins autres que les soins des pieds. Les personnes qui déterminent les priorités sont loin d'être bien placées pour connaître la nature des besoins à l'échelle communautaire.

L'une des choses que nous reconnaissons dans le cadre de notre plan de santé, c'est que nous devons vraiment changer les choses du tout au tout. Les gouvernements doivent prendre conscience du rôle des Premières nations dans la direction de leurs propres services de santé, et reconnaître que c'est par l'inclusion du modèle de prestation des services communautaires des Premières nations que nous irons vraiment de l'avant et que nous renforcerons notre capacité de répondre aux besoins en santé de notre peuple. Le gouvernement doit mettre un terme à son rôle de concepteur et de fournisseur des programmes, et plutôt se faire le partenaire de gouvernance et le bailleur de fonds dans le cadre de ces initiatives, ce qui permettra aux collectivités de diriger les services comme le souhaitent tous les membres de la collectivité des Premières nations, y compris nos aînés.

À la page 44, on établit des recommandations liées au logement. Il faudrait ajouter une recommandation selon laquelle AINC doit fournir des ressources adéquates pour le logement dans les réserves et à l'extérieur des réserves, car c'est un besoin fondamental chez notre peuple, et le logement influe sur la santé de toutes nos familles et de nos aînés.

La recommandation 55 parle d'accroître le parc de logements supervisés abordables à l'intention des aînés inuits et des Premières nations. Cette mesure devrait être offerte sans égard au lieu de résidence, car beaucoup d'Autochtones finissent par faire face à différents types de problèmes s'ils résident temporairement dans une réserve ou à l'extérieur.

La recommandation 69 parle de mettre en commun les meilleures pratiques relativement aux services de soins intégrés. L'intégration des services est à la hausse partout au pays, mais les

jurisdictions. This is even the case between government departments: Veteran Affairs Canada offers one of the leading models of integrated care in the country, in contrast to the care provided by the Government of Canada to the First Nations people. So we have to figure out this whole idea about how to facilitate information sharing in other areas.

One of the approaches that we are looking at here in British Columbia from our First Nations Leadership Council, which is all of our political First Nations organizations working together, is that we do need to break down the silos where we look at health as an issue; education as an issue; housing as an issue; economic development as an issue. All of those social determinants affect the health outcomes of First Nations people in this province, and what we are trying to do at that level is start breaking down those silos between the government departments.

One of the discussions this year with the Leadership Council that I was able to attend in Ottawa was with the deputy ministers' committee on social inclusion that is chaired by the Deputy Minister of Health. At that discussion with all the various departments being represented, we were able to talk about a bit of a different vision of how issues and care should be provided to First Nations communities and people in this province, one that I think was initially accepted with a lot of interest by the people around that table.

Now we need to challenge ourselves as to how we continue that dialogue at least at a high level, so that we can look across government jurisdictions and authorities to be able to have this dialogue. We need to put the community at the centre of the discussion, the interest of the people that we are trying to serve, and move this dialogue beyond that so that we are able then to learn from the different processes. We need to bring together a more of a holistic approach of addressing not only the health issues, but all the social determinants issues of First Nations people in British Columbia.

Recommendation number 72: increase the stock of adequate and affordable housing for First Nations and Inuit. Okay. "Regardless of residence" should be added. It should also be recommended that the costs for First Nations health will increase over time due to the fact that the majority of our population is youth and chronic diseases such as diabetes are increasing steadily. Resources need to be adequate to address these issues now and later on as our population ages.

We have to consider that as First Nations are looking to address these issues, our governance of our health services is extremely important and that we need the support of the federal and provincial governments to recognize that we have to find a new way of doing things.

The preventative measures that we are looking for to put place are something that communities need to do to support the growing population of young people and the young families that

compétences ont rarement l'occasion de mettre en commun leurs expériences. C'est tout aussi vrai pour les ministères : ainsi le ministère des Anciens Combattants offre l'un des meilleurs modèles de soins intégrés au pays, comparativement aux soins que dispense le gouvernement du Canada aux membres des Premières nations. Il faut donc trouver un moyen de faciliter l'échange de renseignements dans d'autres domaines.

L'une des approches étudiées ici en Colombie-Britannique par notre conseil de leadership des Premières nations, un regroupement de tous les organismes politiques des Premières nations qui collaborent, consiste à abattre les cloisons qui font en sorte que l'on aborde un problème lié à la santé, un problème lié à l'éducation, un problème lié au logement et un problème lié au développement économique séparément. Tous ces déterminants sociaux influent sur les résultats de santé des Autochtones dans la province, et ce que nous tentons de faire sur ce plan consiste à abattre les cloisons entre les ministères.

L'une des discussions du conseil de leadership auxquelles j'ai pu assister à Ottawa qui s'est tenue cette année regroupait le comité sur l'inclusion sociale des sous-ministres, présidée par le sous-ministre de la Santé. Dans le cadre de cette discussion à laquelle ont participé des représentants des différents ministères, nous avons pu parler d'une vision légèrement différente de la façon d'aborder les problèmes et les soins relatifs aux collectivités des Premières nations et aux gens dans la province, vision qui, à mon avis, a été acceptée d'emblée avec un vif intérêt par les gens présents.

Maintenant, il faut relever le défi de poursuivre ce dialogue, au moins à l'échelon supérieur, afin que nous puissions compter sur les compétences gouvernementales et les autorités pour tenir ce dialogue. Il faut axer notre discussion sur les collectivités, les intérêts des personnes que nous tentons de servir, et faire passer le dialogue à l'étape suivante, afin que nous puissions apprendre des différents processus. Il faut concevoir une approche plus holistique en matière de santé, mais aussi de déterminants sociaux chez les Autochtones de la Colombie-Britannique.

La recommandation 72 parle d'accroître le parc de logements convenables et abordables à l'intention des Premières nations et des Inuits. D'accord. Il faudrait ajouter « sans égard au lieu de résidence ». Il faudrait aussi préciser que les coûts en santé chez les Premières nations augmentent au fil du temps, car la majorité de notre population est jeune, et les maladies chroniques, comme le diabète, sont constamment à la hausse. Il faut mettre en place des ressources adéquates pour réagir à ces problèmes maintenant, et à l'avenir, à mesure que notre population vieillit.

Il faut garder à l'esprit que, au moment où les Premières nations cherchent des moyens de réagir à ces problèmes, la gouvernance de nos services de santé a un rôle très important à jouer, et nous avons besoin du soutien des gouvernements fédéral et provincial, qui doivent reconnaître la nécessité de nos efforts pour trouver une nouvelle façon de faire les choses.

Les mesures de prévention que nous cherchons à mettre en place sont des outils dont les collectivités ont besoin pour soutenir notre population grandissante de jeunes et de jeunes familles. Ce

we have. As we do that, the importance of the role of our elders in that is a big part of it because we are always taught that before we can go forward, we have to know where we have come from, and that is what the elders do. They bring that traditional knowledge to us and the fact that they have this traditional knowledge that is not readily recognized as valuable to the non-Aboriginal community is a real challenge in how we move forward in some of these kinds of areas.

For example, when we look at some of these preventative measures to support healthy active lifestyles for people, for us, a lot of it is things like getting back out on the land. Having people able to go out hunting and do different things like they did before. There are many challenges that are in place now that alienate our people from our lands. If we are able to accomplish some of those things, we start having a healthier lifestyle. One where we also are feeding ourselves with more of a traditional diet that is better for the people and the community, as opposed to what we are able to afford by going to the grocery store and dealing with the need to buy the less expensive foods which are the things like the chips and the things that do not cost a lot. Every time we are trying to buy vegetables and other things that are very difficult to get in a lot of our remote communities, they come with a very high cost.

So food security and those other things are a big part of this whole peace that need to support not only our elders and the rest of our community but, again, in ways that are driven by First Nations and their ability to govern their own matters.

Thank you very much for the opportunity to present to you today.

The Chair: Thank you for a very detailed brief to us.

Lisa Mercure, Elders Coordinator, BC Association of Aboriginal Friendship Centres: Hello, my friends.

[Ms. Mercure spoke in her native language.]

Thank you to the Coast Salish for allowing us to live and work and be here today in their local nation, their local territory. Lisa Mercure is my name. I come from Northern Alberta on my mother's side. We are actually Mikisew Cree status, but we are of Dene descent. I am a program administrator, and I work at the BC Association of Aboriginal Friendship Centres. I give you my thanks and respect.

I would like to thank the committee chair, the Senate, the committee members and the communities who have participated in giving input into the special Senate committee report on aging, *Issues and Options for an Aging Population*.

It is unfortunate that our elder today, a national senator and founding Elders Council member for the BC Association of Aboriginal Friendship Centres is not feeling well and sends her regrets. I will be standing in for her today and highlight some of the areas addressed in our Aboriginal communities through the friendship centres that I am connected with.

faisant, les aînés ont un rôle important, car nous avons toujours appris que, avant d'aller de l'avant, il faut savoir d'où l'on vient, et c'est ce que nous rappellent les aînés. Ils nous enrichissent de ce savoir traditionnel, et le fait que ce savoir n'est pas nécessairement reconnu comme précieux par la collectivité non autochtone présente un obstacle de taille sur le chemin que nous devons suivre dans ce genre de domaine.

Par exemple, lorsque nous pensons à certaines de ces mesures de prévention visant à favoriser un mode de vie sain et actif pour les gens, chez nous, cela consiste en grande partie à retourner sur les terres. Faire en sorte que les gens puissent aller à la chasse et faire différentes activités se rattachant au mode de vie d'antan. Il existe aujourd'hui beaucoup d'obstacles qui écartent notre peuple des terres. Si nous pouvons accomplir certaines de ces choses, notre mode de vie s'assainit. Ainsi, nous mangeons plus d'aliments traditionnels, qui sont meilleurs pour les gens et pour la collectivité, contrairement à ce que nous sommes en mesure de payer à l'épicerie, car il faut trouver les aliments le moins chers possible, des choses comme des croustilles et autres aliments bon marché. Chaque fois que nous tentons d'acheter des légumes et d'autres choses qui sont très difficiles à obtenir dans nombre de nos collectivités éloignées, nous devons payer très cher.

Donc la sécurité des aliments et les autres choses dont j'ai parlé sont une grande partie de ce qui est nécessaire pour non seulement appuyer nos aînés et le reste de notre collectivité, mais, encore une fois, trouver des moyens qui sont propres aux Premières nations et à leur capacité à gouverner leurs propres affaires.

Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de faire mon exposé devant vous aujourd'hui.

La présidente : Merci de nous avoir présenté un mémoire aussi détaillé.

Lisa Mercure, coordonnatrice des aînés, BC Association of Aboriginal Friendship Centres : Bonjour, mes amis.

[Mme Mercure s'exprime dans sa langue maternelle.]

Je tiens à remercier les Salish du littoral de nous avoir permis de vivre et de travailler ici aujourd'hui, dans leur nation et dans leur territoire. Mon nom est Lisa Mercure. Ma famille maternelle vient du Nord de l'Alberta. Nous sommes en fait Cris Mikisew, mais nous sommes de descendance dénée. Je suis administratrice des programmes pour la BC Association of Aboriginal Friendship Centres. Je vous remercie et vous transmets mes salutations.

J'aimerais remercier la présidente du comité, le Sénat, les membres du comité et les collectivités qui ont contribué au rapport sur le vieillissement du Comité sénatorial : *Une population vieillissante : Enjeux et options*.

Malheureusement, notre aînée aujourd'hui, sénateur national et membre fondateur du Conseil des anciens de la BC Association of Aboriginal Friendship Centres ne se sent pas bien et est désolée de ne pas pouvoir être présente. Je vais la remplacer aujourd'hui et je vais mettre en lumière certains des enjeux liés à nos collectivités autochtones auxquelles s'attachent les centres d'amitié avec lesquels je travaille.

I just wanted to give you a bit of an update on the B.C. friendship centres, and a bit of background and history. In 1972, 11 communities formed a collective association of friendship centres to provide communication support to the growing friendship centre movement.

From 1972 to 1975, the Pacific Association of Communication in Indian Friendship Centres or PACIFC was founded. A lot of the labour force and the programs and services were developed to meet the needs of our urban Aboriginal community. Today, our friendship centres are in 24 communities in B.C.

Today, as Aboriginal people, we need new ideas and concepts to be able to respond to the different challenges and take advantage of different opportunities where we can see something that may meet the needs of our community.

The B.C. association executive has included meaningful participation for youth by including voting positions on the board of directors for Aboriginal youth, and by allowing them to participate on the executive committee.

Recently, the B.C. association executive included an elders advisor and in June 2005, we developed an Elders Council. It was founded by three members: George Cook from the Victoria friendship centres; Basil Morissette out of the Kamloops area; and Marjorie White who is based out of Vancouver. The three of them have been meeting at our B.C. friendship centres. They are starting to listen in on their conversations and starting to document the issues and concerns they see within our communities.

The National Association of Friendship Centres has developed a committee of senators that meets prior to board meetings and acts as an advisory committee. That committee includes our elder, Ms. White.

The friendship centres have grown to be one very successful organization in British Columbia. In the past 10 years, we have increased our community staffing from 400 full-time employees to 850 full-time employees. Over the past ten years, we have seen our membership increase from 21 to 24 centres and many other communities are starting to express interest.

We are the single largest non-governmental social service providing agency in the province, the second largest being the YMCAs. Over this period, many individuals have benefitted from the social programs and services that we provide.

As part of our friendship centres, we also include 200 voluntary board members and that membership group volunteers over 16,000 hours of volunteer time for our communities.

We believe that we are starting to fulfil our mission statement by providing direct services now to over 1,300 Aboriginal and non-Aboriginal people every day. Last year, we administered and offered 372 different programs to urban Aboriginal people and those who walk through our doors.

Je vais juste faire le point sur les centres d'amitié en Colombie-Britannique et présenter un contexte et un historique en bref. En 1972, 11 collectivités ont formé une association collective de centres d'amitié pour offrir un soutien en communication au mouvement grandissant des centres d'amitié.

De 1972 à 1975, la Pacific Association of Communication in Indian Friendship Centres, ou PACIFC, a été établie. Une grande partie de l'effectif, des programmes et des services étaient consacrés aux besoins de notre collectivité autochtone en milieu urbain. Aujourd'hui, nos centres d'amitié se trouvent dans 24 collectivités de la Colombie-Britannique.

Aujourd'hui, notre peuple autochtone a besoin de nouvelles idées et de nouveaux concepts pour réussir à relever les différents défis et à tirer avantage des diverses possibilités de répondre aux besoins de notre collectivité.

La direction de l'association provinciale a permis une participation significative des jeunes en prévoyant des postes assortis d'un droit de vote au conseil d'administration pour des jeunes Autochtones et en permettant à ceux-ci de participer au comité de direction.

Récemment, la direction de l'association provinciale a fait appel à un représentant des aînés, et, en juin 2005, nous avons mis sur pied un conseil des anciens. Il a été fondé par trois membres : George Cook des centres d'amitié de Victoria, Basil Morissette, de la région de Kamloops et Marjorie White, qui travaille à Vancouver. Les trois se rencontrent dans nos centres d'amitié provinciaux. Ils commencent à écouter les discussions et à documenter les problèmes et les préoccupations qu'ils voient dans nos collectivités.

L'Association nationale des centres d'amitié a mis sur pied un comité de sénateurs qui se réunit avant les réunions du conseil d'administration et fait office de comité consultatif. Notre aînée, Mme White, fait partie de ce comité.

Les centres d'amitié sont progressivement devenus une organisation florissante en Colombie-Britannique. Au cours des dix dernières années, nous avons accru notre effectif communautaire; il est passé de 400 employés à temps plein à 850 employés à temps plein. Au cours des dix dernières années, le nombre de centres membres est passé de 21 à 24, et bon nombre d'autres collectivités commencent à manifester leur intérêt.

Nous sommes la plus grande agence de prestation de services sociaux non gouvernementale dans la province, et les YMCA arrivent au second rang. Durant cette période, bon nombre de personnes ont profité des programmes sociaux et des services que nous offrons.

Nos centres d'amitié comprennent aussi 200 membres bénévoles du conseil, et ce groupe offre plus de 16 000 heures de bénévolat à nos collectivités.

Nous croyons que nous commençons à concrétiser notre énoncé de mission en offrant directement des services à plus de 1 300 personnes autochtones et non autochtones chaque jour. L'année dernière, nous avons administré et exécuté 372 programmes différents destinés aux Autochtones en milieu urbain ainsi qu'à ceux qui franchissent le seuil de notre porte.

The current reality for elders in our urban communities and in B.C. friendship centres is that change had a sudden impact. We have heard about the strength and support that our friendship centres have given to our community and we are starting to see that the challenges are really immense.

We have situations where we have to respond to cold weather with strategies to support the homeless that are in our community. Some communities are experiencing an increase of teen suicides. In these extreme situations, the friendship centres are requiring a sound infrastructure to cope with the gaps in community services.

All Aboriginal organizations experience a high rate of staff turnover, mainly with the front-line workers who experience the most stressing situations. Staff are working to the maximum, and are often not adequate to meet the demand for additional culturally relevant programs.

We honour the gifts of all who pass through our doors. Because our elders teach a holistic philosophy, we seek a balance among all aspects of life: physical, mental, spiritual or emotional. To support growth in that, our organizations need to incorporate that holistic model and be able to include the guidance of our elders.

The friendship centre movement was founded with a code of ethics which they follow to this day. The code is something our elders developed and it is still relevant.

One of the requests that I received today from my elders group was to bring up the anticipated June 11 apology by the Prime Minister on behalf of the Government of Canada for the residential school experience. Our elders were given a one-time payment of \$12,000 plus \$3,000 for every year that they attended residential schools; there was a separate payment for the abuses that our elders suffered.

One of the highlights has been a promised truth and reconciliation commission whose chief commissioner has been chosen. It will have the power to subpoena documents, and, we hope, will be able to find the sites of mass burials. The commission will be holding hearings within B.C. communities.

The apology is scheduled for June 11. I hope this will be an opportunity for all our Aboriginal communities to come together, share in a meal, participate in different activities and celebrate our survivors.

The elders around the table recently shared some of their experiences at the residential schools. Our Elders Council meetings include all elders in attendance at our quarterly meetings. They wanted to recognize that the experiences affect them to this day. One of the elders has said that an apology is a very honourable thing to do to another person. It is like admitting a wrongdoing. She felt that she was there because of her faith in

La réalité actuelle des aînés dans nos collectivités urbaines et dans les centres d'amitié provinciaux est touchée par l'influence soudaine du changement. Nous avons pris connaissance de la force et du soutien que nos centres d'amitié ont offerts à notre collectivité et nous commençons à voir que les défis sont réellement colossaux.

Dans certains cas, nous devons réagir au temps froid en élaborant des stratégies pour soutenir les itinérants qui vivent dans notre collectivité. Certaines collectivités sont aux prises avec une augmentation du taux de suicide chez les adolescents. Dans ces situations extrêmes, les centres d'amitié doivent reposer sur une infrastructure solide pour composer avec les écarts dans les services communautaires.

Toutes les organisations autochtones composent avec un taux élevé du roulement du personnel, surtout chez les travailleurs de première ligne qui vivent les situations les plus stressantes. Les membres du personnel travaillent autant qu'ils le peuvent, et bien souvent, cela ne suffit pas à combler le besoin de programmes supplémentaires adaptés à la culture.

Nous honorons la contribution de tous ceux qui franchissent notre porte. Nos aînés enseignent une philosophie holistique, et c'est pourquoi nous cherchons à réaliser un équilibre entre tous les aspects de la vie : physique, mental, spirituel et psychologique. Pour appuyer l'évolution à ce chapitre, nos organismes doivent intégrer ce modèle holistique et être en mesure de mettre à profit l'orientation de nos aînés.

Le mouvement des centres d'amitié repose sur un code d'éthique qui a toujours été respecté. Le code est un outil élaboré par nos aînés, et il est toujours pertinent.

L'une des demandes qui m'ont été adressées aujourd'hui par mon groupe d'aînés consistait à mentionner les excuses du premier ministre prévues pour le 11 juin au nom du gouvernement du Canada dans l'affaire des pensionnats indiens. Nos aînés ont reçu une indemnité unique de 12 000 \$ ainsi que 3 000 \$ pour chaque année qu'ils ont passée dans un pensionnat indien; il y avait aussi une indemnisation distincte pour la violence subie par nos aînés.

L'un des points saillants est la promesse d'une commission de vérité et de réconciliation dont le président a été choisi. Elle aura le pouvoir d'exiger la production de documents et, nous l'espérons, sera capable de trouver les sites d'inhumation collective. La commission tiendra des audiences dans les collectivités de la Colombie-Britannique.

Les excuses sont prévues pour le 11 juin. J'espère que cela donnera à toutes nos collectivités autochtones l'occasion de se réunir, de partager un repas, de participer à différentes activités et de célébrer nos survivants.

Les aînés, dans le cadre d'une réunion, ont récemment fait part de certaines de leurs expériences dans les pensionnats indiens. Nos réunions du conseil des anciens regroupent tous les aînés qui participent à nos réunions trimestrielles. Ils voulaient que l'on prenne conscience du fait que ces expériences les affligent jusqu'à ce jour. L'une des aînées a reconnu que des excuses sont un geste très honorable à l'endroit d'une autre personne. C'est comme

the Creator. She was a student and she survived because of that faith. Today, she is healthy, but she said that she would appreciate the support and be able to support all the survivors in her communities.

It affects all our Aboriginal communities. In one instance, another elder said the Aboriginal people lost their language: this one elder was punished for speaking his language and that happened to everyone. They lost that language and their children also never learned their language. The greatest damage was to our culture — who we were.

It has become apparent in our communities where language and culture are very important and it is a way that we identify ourselves. So I introduced myself in my own language, to try to capture that and remember the values of the elders that taught me, and to remember that language is a basis of our being as people. When we understand where we come from, we will be able to be more grounded and understand through the teachings how to be holistic and understand how we can keep moving forward.

Our land is our greatest resource. Although friendship centres are not participants in the treaty process, they do experience the disconnect where people move from the reserve systems into urban Aboriginal areas, rural or remote, and are not connected to elders. We know about the difficulty in trying to come together and, as an Aboriginal community, being able to recapture their language, their culture.

There is a cultural foundation in British Columbia and there are initiatives where there is language programming available. The challenge is that our people are still migrants to this day and some of them are not connected to anybody that can help teach them the language and culture and guide them through that process.

It is really clear to me that our Aboriginal organizations in total need an elders coordinator in each of those organizations to support and develop programming that meets the cultural needs of our elders in the friendship centres.

Another initiative that I wanted to speak to you about is the First Citizens Fund in B.C. The First Citizens Fund is a perpetual fund in B.C. used to promote social and economic development initiatives for Aboriginal communities. So out of that fund there is an elders transportation fund that provides partial funding for transportation costs related to heritage, cultural and educational workshops and conferences. Applicants can be individual Aboriginal elders or a recognized Aboriginal organization on behalf of elders. That fund currently only provides twenty-five \$1,000 bursaries, so it is clearly insufficient to meet the needs.

In British Columbia, we are really fortunate to have an annual elders conference. Last year it brought together over 4,000 elders, support workers and organizations. We had 44 organizations apply to the fund with a total request for \$315,630 to support

admettre un tort. Elle estimait être là grâce à sa foi en le Créateur. Elle était une élève, et elle a survécu grâce à cette foi. Aujourd'hui, elle est en santé, mais elle a déclaré qu'elle apprécierait le soutien et aimerait pouvoir soutenir tous les survivants de ces collectivités.

Cela afflige toutes nos collectivités autochtones. À une occasion, un autre aîné a dit que les Autochtones avaient perdu leur langue : cet aîné avait été puni pour avoir parlé sa langue, et c'était le sort réservé à tout le monde. Ils ont perdu cette langue, et leurs enfants ne l'ont jamais apprise. C'est notre culture — qui nous sommes — qui a subi le plus grand tort.

Cela est devenu manifeste dans nos collectivités, où la langue et la culture sont très importantes; c'est là où nous trouvons notre identité. C'est pourquoi je me suis présentée dans ma langue maternelle, pour tenter de toucher à cet aspect et de me souvenir des valeurs que m'ont enseignées les aînés et de me rappeler que la langue est l'essence de notre peuple. Lorsque nous comprenons d'où nous venons, nous sommes en mesure de trouver notre équilibre et de comprendre, grâce aux enseignements, comment être holistiques et de comprendre comment nous pouvons continuer à évoluer.

Notre terre constitue notre plus grande ressource. Les centres d'amitié ne participent pas au processus des traités, mais ils ne sont pas moins conscients de la rupture de liens chez les gens qui passent des réserves aux régions autochtones en milieux urbain, rural ou éloigné et n'ont pas de liens avec les aînés. Nous sommes conscients de la difficulté de la réunification et, pour une collectivité autochtone, d'être capable de reprendre possession de sa langue et de sa culture.

Il y a une fondation culturelle en Colombie-Britannique, et des initiatives comprenant des programmes linguistiques sont en place. Le problème, c'est que notre peuple est composé, encore aujourd'hui, de migrants, et certains d'entre eux n'ont pas de relations avec une personne qui puisse les aider à apprendre la langue et la culture et les orienter durant ce processus.

À mon avis, il est vraiment clair que nos organismes autochtones ont absolument besoin d'un coordonnateur des aînés, afin que chacun d'entre eux puisse soutenir et élaborer des programmes qui répondent aux besoins culturels de nos aînés dans les centres d'amitié.

Une autre initiative dont je voulais vous parler est le First Citizens Fund en Colombie-Britannique. Le First Citizens Fund est un fonds perpétuel en Colombie-Britannique qui sert à promouvoir les initiatives de développement socioéconomique dans les collectivités autochtones. Or, ce fonds prévoit du financement pour le transport des aînés qui couvre en partie les frais de transport des participants à des ateliers et des conférences liés au patrimoine, à la culture et à l'éducation. Un aîné autochtone particulier peut être admissible, tout comme un organisme autochtone reconnu au nom des aînés. Ce fonds n'offre actuellement que 25 bourses de 1 000 \$, donc il est clairement insuffisant pour répondre aux besoins.

En Colombie-Britannique, nous sommes très chanceux de tenir une conférence annuelle des aînés. L'année dernière, cela a permis de réunir plus de 4 000 aînés, travailleurs de soutien et organismes. Quarante-quatre organismes ont déposé une

489 elders who wanted to attend five different cultural activities in BC I believe that we should be supporting those kinds of initiatives.

One of the biggest barriers for our elders is transportation and being able to gather and commute back to their home communities and territories to be able to visit with their families.

I also wanted to give you a bit of a background on the Elders Council. In June 2005, the Elders Council's terms of reference were accepted. Its purpose was to provide advice and guidance to the B.C. Association of Aboriginal Friendship Centres board of directors and all its subcommittees. They provide advice and guidance on matters referred by the Elders Council, by the Provincial Board of Directors Committee and member friendship centres. They share their knowledge and wisdom within the council so that individual elders can bring that knowledge and wisdom back to their friendship centres and share information and resources.

In that Elders Council, we were able to start helping our elders to start applying for funding for different resources. It is really apparent that there are not enough language and cultural programs. We did receive a grant through the New Horizons. I believe that model should be also within our Aboriginal organizations, administered for and by Aboriginal people, and that the advisory committee reviewing proposals and activities should include our elders.

Within that project, \$25,000 is received to begin to help our elders to self-identify. We developed an Elders Council brochure and posters so it was visible within our communities. We developed examples on how friendship centres involve elders on advisory boards and board director positions. We were also able to start to connect our elders with our youth and we are finding that that is a really successful model — intergenerational support.

The youth and elders decided to develop a workshop at the youth conference in March, where we brought together over 1,000 Aboriginal youth. The workshop was initially called "How To Support Elders Councils in B.C.," and our elders changed it to say, "How Our Youth Can Support Elders." It is beginning to be clear that networking and intergenerational support is a model that will work in our communities to start rapid rebuilding of our language and culture and integrate programming and services. That would be a model for all of our Aboriginal organizations.

Mr. Gallagher brought up the issue of food security and I would say that that is relevant across all of our Aboriginal communities. One of the issues would be around the traditional way of gathering food, which is being lost in our urban communities. We want to be able to ensure that traditional food is accessible for our elders. Some communities were able to

demande de financement; la demande totale se chiffrait à 315 630 \$ pour aider 489 aînés qui souhaitaient participer à cinq activités culturelles différentes en Colombie-Britannique. Je crois que nous devrions appuyer ce genre d'initiatives.

L'un des plus grands obstacles que doivent surmonter nos aînés touche le transport et la capacité de se réunir et de retourner dans leurs collectivités et territoires pour voir leur famille.

Je voulais aussi vous fournir brièvement le contexte du conseil des anciens. En juin 2005, le mandat du conseil des anciens a été accepté. Le conseil avait pour but de fournir des conseils et une orientation au conseil d'administration de la BC Association of Aboriginal Friendship Centres et tous ses sous-comités. Les membres offrent des conseils et une orientation liés à des questions mises de l'avant par le conseil des anciens, par le comité des conseils d'administration provinciaux et les centres d'amitié membres. Ils partagent leur connaissance et leur sagesse dans le cadre du conseil, de façon à ce que chaque aîné puisse ramener cette connaissance et cette sagesse à son centre d'amitié et partager l'information et les ressources.

Grâce à ce conseil des anciens, nous avons pu commencer à aider nos aînés à demander du financement pour différentes ressources. Manifestement, il n'y a pas assez de programmes linguistiques et culturels. Nous avons reçu une subvention grâce au programme Nouveaux Horizons. Je crois que ce modèle devrait aussi être adopté par nos organismes autochtones, qui sont administrés par des Autochtones pour des Autochtones, et que le comité consultatif qui examine les soumissions et les activités devrait comprendre nos aînés.

Dans le cadre de ce projet, une somme de 25 000 \$ est affectée à des mesures visant à aider nos aînés à raffermir leur identité. Nous avons conçu une brochure et des affiches du conseil des anciens, pour qu'il soit visible dans nos collectivités. Nous avons trouvé des exemples pour illustrer la façon dont les centres d'amitié font appel aux aînés dans des conseils consultatifs et pour occuper des postes dans le conseil d'administration. Nous avons également été en mesure de commencer à établir des liens entre nos aînés et nos jeunes, et nous constatons que ce modèle est particulièrement fructueux — soit le soutien intergénérationnel.

Les jeunes et les aînés ont décidé de concevoir un atelier pour la conférence des jeunes en mars, qui a rassemblé plus de 1 000 jeunes Autochtones. Le titre de l'atelier évoquait initialement le soutien aux conseils des anciens en Colombie-Britannique, et nos aînés l'ont changé pour préciser qu'il s'agissait du soutien des jeunes. On commence à voir clairement que le réseautage et le soutien intergénérationnels est un modèle qui fonctionnera dans nos collectivités; nous pourrions entreprendre rapidement la reconstruction de notre langue et de notre culture et intégrer les programmes et les services. Cela serait un modèle à suivre pour tous nos organismes autochtones.

M. Gallagher a mentionné la question de la sécurité alimentaire, et, à mon avis, cela est pertinent chez toutes nos collectivités autochtones. L'une des questions tient à la manière traditionnelle de recueillir des aliments, qui est en train de se perdre dans nos collectivités en milieu urbain. Nous voulons pouvoir assurer l'accessibilité des aliments traditionnels pour nos

do food fishing for their families. This year, for the first time I have heard in a long time, there was not enough fish stock to be able to provide food for their communities and, therefore, our elders went without.

We already heard about the disparity and the Aboriginal statistics on health are hugely disproportionate. There is a huge gap in life expectancy rates.

Our elders want to be able to gather and eat traditional foods. It is a way of life, and it is being lost and it needs to be shared with our youth. So it would be important to have additional resources to encourage our elders to travel back to their home communities or start to work with our youth on how to do that.

It has been a real privilege to work with our Elders Council as my advisors and teachers over these last years. One of their sayings is: "Share a meal, share your knowledge and share your culture."

The Chair: Thank you very much.

Mr. Gallagher and Ms. Mercure, before I turn to the others, I would like to address the issue of jurisdictional disputes. We certainly heard this in spades when we visited Sagkeeng yesterday, but we have heard it in other venues as well.

I would like to hear from you, Mr. Gallagher, as to how you think this tripartite council, which sounds like a very good idea, will help to address some of these. Take just this basic example: if INAC is limiting healthcare increases to 3 per cent a year for on reserves when we know that the healthcare budgets in provinces are frequently going up anywhere from 3.5 per cent to 7 per cent a year, how are we going to resolve that jurisdictional dispute?

We also heard, for example, that on reserve, they were supposed to look after levels 1-3 of care for chronic needs patients and the province to look after level 4, but that the province does not look after level 4. If you could give us some idea of how your model would handle some of this jurisdictional disarray.

Mr. Gallagher: With our tripartite health plan, a number of things are happening and the jurisdictional dispute is one of those things that we have to try and move beyond. One of the early recognitions from the provincial Ministry of Health is that health services are provided by the province are for British Columbians regardless of address. That recognition is extremely important.

The health system is so large, we have huge challenges in communication between the federal system and the provincial system. People have been operating in isolation from each other for such a long time. So part of our work with the tripartite health

ainés. Certaines collectivités étaient en mesure d'aller à la pêche pour nourrir les familles. Cette année — et c'est la première fois que j'entends cela depuis longtemps —, il n'y avait pas assez de poissons pour nourrir la collectivité, et, par conséquent, nos aînés s'en sont privés.

Nous avons déjà entendu parler de disparité et du fait que les statistiques en matière de santé chez les Autochtones sont absolument disproportionnées. Il y a un écart colossal entre les taux d'espérance de vie.

Nos aînés veulent pouvoir cueillir et manger des aliments traditionnels. C'est un mode de vie, et il se perd; c'est pourquoi on doit le partager avec les jeunes. Il serait donc important d'obtenir des ressources supplémentaires pour encourager nos aînés à retourner dans leur collectivité ou à commencer à travailler avec nos jeunes sur la manière de réaliser cet objectif.

C'est vraiment un privilège d'avoir travaillé avec notre conseil des anciens, qui m'ont servi de conseillers et d'enseignants pendant ces dernières années. L'un de leurs adages est le suivant : « Partagez un repas, partagez votre savoir et partagez votre culture. »

La présidente : Merci beaucoup.

Monsieur Gallagher et madame Mercure, avant que je passe aux autres, j'aimerais aborder la question des conflits de compétence. Certes, nous en avons entendu parler largement lorsque nous sommes allés à Sagkeeng hier, mais nous l'avons aussi entendu à d'autres endroits.

J'aimerais connaître votre opinion, monsieur Gallagher, à l'égard de ce conseil tripartite, qui semble être une très bonne idée, et de sa capacité de contribuer à régler certains de ces problèmes. Prenez cet exemple très simple : si AINC impose un plafond de 3 p. 100 par année pour les augmentations du financement réservé aux soins de santé dans les réserves, alors que nous savons que les budgets de soins de santé dans les provinces sont souvent à la hausse, de 3,5 à 7 p. 100 par année, comment résoudrons-nous ce conflit de compétence?

Nous avons aussi entendu dire, par exemple, que, dans les réserves, on était censés offrir des soins de niveaux 1 à 3 aux patients qui ont des besoins chroniques, et la province devait se charger des soins de niveau 4, mais que la province ne s'occupe pas des soins de niveau 4. Pourriez-vous nous donner une idée de la façon dont votre modèle pourrait régler certains de ces conflits de compétence?

M. Gallagher : Depuis l'élaboration de notre plan tripartite de santé, beaucoup de choses sont arrivées, et le conflit de compétence est l'une de ces choses que nous devons tenter de surmonter. L'une des déclarations préliminaires du ministre de la Santé provincial consistait à préciser que les services de santé offerts par la province sont accessibles à tous les Britanno-Colombiens, sans égard à leur adresse. Cette déclaration est d'une importance cruciale.

Le système de santé est si vaste que nous devons surmonter d'énormes défis de communication entre le système fédéral et le système provincial. Les gens travaillent isolés les uns des autres depuis si longtemps. Ainsi, notre travail lié au plan tripartite de

plan is that we have a tripartite oversight committee, which includes senior members from the federal, provincial and First Nations leadership. It looks at issues overall and tries to find ways of breaking down some of these communication barriers.

Part of that for us in British Columbia is that as a Health Council, we are starting to have dialogue with every CEO of every health authority in this province, and there are five that serve regionally in this province. Through that dialogue, we bring our federal partners to the table and we start looking at some of the issues that are problems because of jurisdictional disputes. We need to have a clear agenda on where the priorities must be, based on regional issues, so we can identify which ones we need to try and address first.

Sometimes things are as simple as people just needing to know that something needed to happen. We have examples of that with home and community care issues; of communities that were needing home and community care and were not able to access it from the regional health authority. Discussion with the people responsible for Aboriginal health in that area reminded the people within the regional health authority that that is their responsibility.

Sometimes it is as simple as that. Other times it will not be as easy. We really are working towards creating a framework to identify specific issues that relate to jurisdictional disputes that are priorities within each region of the province and looking to find ways to tackle them.

The other piece is that our planning processes have now become tripartite planning. We talk about the challenge in front of us to learn how to work in a tripartite way. It really is a challenge because the governments, for whatever reasons, speak different languages and choose not to acknowledge the capacities or the assets of the other. In particular, they sometimes so not acknowledge the assets of First Nations communities and their capacity to have a role in the delivery of health services. So we are looking at doing that.

The other thing in British Columbia that we are looking at a new governance structure to govern First Nations health services in this province. This will, at least from a federal perspective as we move forward, put things into the control of First Nations in terms of delivery of services that is now being delivered regionally by First Nations Inuit Health.

I think that with that also comes a discussion with the provincial government about how we work together with them to accomplish similar objectives. We need to put health services resources and capacities into a place where we can talk about the

santé consiste en partie à mettre sur pied un comité de surveillance du plan tripartite, qui comprend des représentants officiels du gouvernement fédéral, du gouvernement provincial et des dirigeants des Premières nations. Il se penche sur des questions avec une vue d'ensemble et il tente de trouver des façons d'abattre certains de ces obstacles à la communication.

Une partie de la réalité que vit un conseil de santé en Colombie-Britannique, c'est que nous commençons à entamer un dialogue avec tous les directeurs généraux de chaque autorité sanitaire de la province, et cinq d'entre elles servent des régions dans la province. Grâce à ce dialogue, nous invitons nos partenaires fédéraux à se joindre à la discussion, et nous commençons à aborder certains des aspects qui posent problème au chapitre des conflits de compétence. Nous devons avoir un programme clair qui établit les priorités, en fonction des problèmes régionaux, afin que nous puissions déterminer lesquelles ont besoin de notre aide en premier.

Parfois, il suffit d'informer les gens de ce qui doit se passer. Nous avons des exemples de ce phénomène en matière de soins à domicile et communautaires; des collectivités avaient besoin de soins à domicile et communautaires et ne pouvaient pas y accéder par l'entremise de l'autorité sanitaire régionale. Après une discussion avec les responsables de la santé autochtone de la région, les responsables de l'autorité sanitaire régionale ont reconnu qu'il s'agissait de leur responsabilité.

Parfois, c'est aussi simple que cela. À d'autres moments, ce n'est pas si facile. Nous nous efforçons réellement de créer un cadre qui permettra de cerner des problèmes précis liés aux conflits de compétence qui sont des priorités pour une région particulière de la province et de trouver des manières de s'y attaquer.

L'autre chose, c'est que notre processus de planification est maintenant une activité tripartite. Nous parlons du défi qui réside dans l'apprentissage du travail tripartite. C'est vraiment un défi, parce que les gouvernements, pour une raison ou une autre, parlent des langues différentes et refusent de reconnaître les capacités et les ressources de l'autre. En particulier, ils ne reconnaissent pas toujours les ressources des collectivités des Premières nations et leur capacité de jouer un rôle dans la prestation de services de santé. Voilà ce que nous faisons.

L'autre chose que nous abordons en Colombie-Britannique, c'est une nouvelle structure de gouvernance pour diriger les services de santé des Premières nations dans la province. Du moins, d'un point de vue fédéral, à mesure que nous avançons, cela fera basculer vers les Premières nations la responsabilité de la prestation de services, qui sont actuellement offerts dans les régions par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Je crois que cela entraîne aussi la nécessité de tenir une discussion avec le gouvernement provincial sur la façon dont nous collaborons pour accomplir des objectifs semblables. Nous devons faire en sorte que les ressources et les capacités en

health needs of our Aboriginal First Nations people without worrying about whether it is a provincial or a federal service provider.

Work is now at an early stage that I hope will go a long way to remove the jurisdictional disputes and put on the table a common understanding that we are trying to address issues related to the health of First Nations people. Both governments have acknowledged that in small areas where we are successful, it is because we are agreeing on the issue we are trying to address and are not coming at it from our own perspectives. So we are trying to create that sort of common environment of working together which we are calling working in a tripartite manner.

I offer that as just some initial thoughts to your comments.

The Chair: You said I think, and I do not want to misquote you, that the province recognized that Aboriginal people living in British Columbia on reserve or off reserve were in fact British Columbian citizens.

Mr. Gallagher: That is right, yes.

The Chair: That in itself is a huge change.

Mr. Gallagher: Yes, it is. We have to put action to that. Although we can get the Premier to say it, we need every health authority service provider to recognize it and live up to those words. From there, it is also delivering that service in a culturally safe way.

The Chair: Maybe we can get him to do it at a First Nations meeting in Ottawa and he can challenge all the other Premiers to take exactly the same attitude.

Mr. Gallagher: I think that would be a good idea.

Senator Cordy: You talked about dental care and I think that you said it looks good on paper and I think as a non-First Nations person, I would assume that dental care is provided to anybody. But you have told us stories of people being turned away, of people being told, "Well, you do not take care of your teeth anyway, so what is the use?" Is this a national policy? How are these decisions made? Because my assumption is that it would be something that is offered historically to First Nations people.

Mr. Gallagher: It does flow from national policy: cost-saving measures are part of the public agenda.

Senator Cordy: Not giving service I guess is a cost-saving measure, but it does not make sense.

matière de services de santé puissent faire l'objet d'une discussion au sujet des besoins en santé des Autochtones des Premières nations sans que l'on doive se préoccuper de savoir si le fournisseur de services est provincial ou fédéral.

Le travail est actuellement à une première étape, et j'espère qu'il contribuera à éliminer les conflits de compétence et à répandre une compréhension collective du fait que nous tentons de régler les problèmes liés à la santé des Autochtones. Les deux gouvernements l'ont reconnu dans de petits secteurs où nous réussissons; c'est grâce au fait que nous nous entendons sur le problème que nous tentons de régler et ne l'abordons pas de notre perspective distincte. Ainsi, nous tentons de créer ce genre d'environnement commun pour collaborer, que nous appelons un travail tripartite.

Je soumetts ces observations comme réponse initiale à vos commentaires.

La présidente : Je crois que vous avez dit que — et je ne veux pas déformer vos propos — la province avait reconnu que les Autochtones vivant en Colombie-Britannique, dans les réserves ou non, étaient en fait des citoyens britanno-colombiens.

M. Gallagher : C'est exact, oui.

La présidente : C'est en soi un changement énorme.

M. Gallagher : Oui, c'est vrai. Il faut que les choses se concrétisent. Nous pouvons faire en sorte que le premier ministre le déclare, mais chaque autorité sanitaire qui fournit un service doit le reconnaître et respecter cette déclaration. À partir de là, il s'agit aussi de fournir ce service de manière respectueuse de la culture.

La présidente : Peut-être que nous pourrions l'inviter à se prononcer dans le cadre d'une réunion des Premières nations à Ottawa; il lancerait ainsi le défi à tous les autres premiers ministres d'adopter la même attitude.

M. Gallagher : Je crois que ce serait une bonne idée.

Le sénateur Cordy : Vous avez parlé des soins dentaires, et je crois que vous avez dit que tout cela était bien beau théoriquement, et, n'étant pas Autochtone moi-même, je supposais que les soins dentaires étaient fournis à tout le monde. Mais vous nous avez raconté le cas de personnes qui se sont fait renvoyer, de personnes qui se sont fait dire : « Eh bien, puisque vous ne prenez pas soin de vos dents de toute manière, à quoi bon? » Est-ce une politique nationale? Comment prend-t-on ces décisions? Parce que je croyais que c'était quelque chose qui avait toujours été offert aux Premières nations.

M. Gallagher : C'est vraiment une conséquence de la politique nationale : les mesures de réduction des coûts font partie du programme public.

Le sénateur Cordy : J'imagine que le fait de ne pas offrir le service réduit les coûts, mais cela n'a aucun sens.

Mr. Gallagher: Those kinds of things are driving how they deliver the program. In British Columbia, we start from a point of where we are underfunded in the first place relative to other provinces, and we are trying to address that in our discussions under the tripartite health plan.

In this new governing structure, the First Nations cannot take on something that is already broken and underfunded. It has to be at a fresh starting point with appropriate levels of funding. I will give you an example of how the national funding is an issue. It relates to funding and the payment of dentists. The nationally set rate of payment is 85 per cent, I believe, of the fee schedule. You are asking dentists in the province to take on patients at an 85 per cent payment when they have a full slate of appointments without trying to take on First Nations clients.

Because of the transient nature of our population, a lot of people always looking for a new dentist are coming to the city and trying to find a dentist. Dentists already have full practices of people that will pay 100 per cent. So our people get denied service. They cannot find dentists to provide the services at the rate set nationally.

The other sort of national initiatives around cost savings is that certain procedures have to be approved in advance. The remoteness of our communities means people have to pay money and take time to travel to a dental office. When they get there, if they find they need a root canal, they need an approval for that and the dentist will not provide the service until he has the approval, at 85 per cent anyway. So the person who just travelled from their community has to go home and go back later.

The reason the dentist will not just do it is because sometimes when the application for approval does go forward, it will get denied. So the dentist then has provided the services and has to either eat the cost or try to get the patient to cover it.

The other thing is that dentists are now balance billing, so that if they are getting 85 per cent of the payment and they have First Nations clients, they will bill the client the remaining 15 per cent and sometimes they do not have the resources to pay.

Our young children need a lot of work on the preventative side of things, and in these kinds of situations, they just do not get addressed. So the dental profession and the First Nations community are not connecting well.

We are trying to work as a Health Council meeting with the Dental Association here in British Columbia to look at that program and talk about how to make it work better. We want to put forward some kinds of recommendations of very specific kinds of things we hope to incorporate, if we are able to negotiate for the governance of those services on behalf of all First Nations in this province.

M. Gallagher : Ce genre de choses influe sur l'exécution du programme. En Colombie-Britannique, nous partons d'une situation dans laquelle nous sommes sous-financés dès la case départ comparativement à d'autres provinces, et nous tentons de discuter des solutions dans le cadre de notre Plan tripartite de santé.

Sous le régime d'une nouvelle structure de gouvernance, les Premières nations ne peuvent pas prendre en main quelque chose qui est déjà défectueux et sous-financé. Il faut commencer à neuf, et profiter d'un financement adéquat. Je vais vous donner un exemple du problème du financement national concernant la rémunération des dentistes. Au Canada, le montant payé est de 85 p. 100, je crois, de l'échelle des tarifs. Ainsi, on demande aux dentistes de la province de s'occuper de patients à un taux de 85 p. 100 de leur tarif, alors que leur calendrier de rendez-vous est déjà plein sans la clientèle des Premières nations.

Notre population compte beaucoup de personnes de passage qui sont toujours à la recherche d'un nouveau dentiste; elles arrivent dans la ville et elles tentent de trouver un dentiste. Les cabinets de dentiste sont déjà pleins d'une clientèle qui est prête à payer 100 p. 100 du tarif. Ainsi, notre peuple se voit refuser les services. Les Autochtones ne peuvent pas trouver de dentistes qui sont prêts à leur offrir le service selon le taux national.

L'autre facteur qui découle des initiatives nationales liées à la réduction des coûts, c'est que certaines procédures doivent faire l'objet d'une approbation à l'avance. Puisque nos collectivités sont éloignées, les gens doivent déboursier de l'argent et prendre le temps de se rendre à un cabinet de dentiste. Lorsqu'ils arrivent, si on constate que la personne a besoin d'un traitement de canal, elle doit obtenir une approbation, et le dentiste ne lui offrira pas le service avant de l'obtenir; d'ailleurs, il ne percevra que 85 p. 100 du tarif. Ainsi, la personne qui s'est déplacée depuis sa collectivité doit retourner chez elle et revenir plus tard.

La raison pour laquelle le dentiste n'exécute pas immédiatement la procédure tient au fait que, parfois, lorsque la demande d'approbation est traitée, elle finit par être rejetée. Le dentiste qui a déjà offert le service se voit alors contraint d'absorber le coût ou de tenter d'obtenir le paiement du patient.

L'autre chose, c'est que les dentistes recourent maintenant à la surfacturation, ce qui signifie que s'ils obtiennent 85 p. 100 du tarif lorsqu'ils traitent des clients des Premières nations, ils facturent la différence de 15 p. 100 au client qui, parfois, n'est pas en moyen de payer.

Nos jeunes ont besoin de beaucoup de soins préventifs, et dans la conjoncture actuelle, ils ne les obtiennent pas. La relation entre le secteur des soins dentaires et les collectivités des Premières nations est déficiente.

Nous tentons d'organiser une réunion du conseil de santé avec l'association dentaire de Colombie-Britannique pour examiner ce programme et discuter de mesures qui en augmenteraient l'efficacité. Nous voulons mettre de l'avant des recommandations axées sur des choses très précises que nous souhaitons intégrer, si nous sommes capables de négocier la gouvernance de ces services au nom de toutes les Premières nations de la province.

There are things that are moving forward, but the way the program is run makes it a difficult challenge. It is inaccessible to a lot of our people. Dental care is one of the hot topics whenever we sit and talk with chiefs about health services. That and transportation costs, patient transportation. Because of where our people are located and the access to services, all of those things are covered as part of non-insured services and they are not working as well as they should.

Senator Cordy: I have to say, I find it very frustrating. Yesterday and today have been eye-openers for me and I thought I knew a lot about the issues. But yesterday, to go to the Aboriginal community in Manitoba and to find out that healthcare workers working on the reserve are being paid less than those working off the reserve and that they have gotten one raise of 3 per cent in ten years.

Mr. Gallagher: Yes.

Senator Cordy: So they are doing it as a labour of love. To find out that dental care, which I assumed was being paid for by the federal government, is lacking tremendously and for those who are getting it, the dentists are getting paid 85 per cent. You can understand dentists with full practices.

Anyway, I am finding it very frustrating to look at these things and then to proclaim that we are doing great things in healthcare for Aboriginal people is such a fallacy.

I would like to talk also about the issue of mental health and mental illness. You both made reference to residential schools and I know you said that the apology will go a long way and that the Truth and Reconciliation Commission will go a long way. We have really hurt the culture of the Aboriginal people for the generation who went, but also their children who have not been able to get what their parents lost. How is that being dealt with within the First Nations peoples?

Mr. Gallagher: The apology that Lisa was mentioning, the bringing of people together, and a lot of the things that are being planned for June 11, are intended to try and do some of that. We hope it will be a good thing and we hope that the apology is sincere and received well. We worry if it does not come across that way.

I hate to be cynical about it, but as we said on these other issues, this government has not been too responsive. We look back to where we came from here in B.C. with our Leadership Council signing the Transformative Change Accord in November of 2005 with Prime Minister Martin. Then a couple of months later, the new government arrived. The Prime Minister would not go anywhere near the accord and they denounced that agreement. It linked all of those things; health, education, housing and

Certaines choses avancent, mais la façon dont le programme est exécuté présente un défi de taille. Beaucoup d'Autochtones ne peuvent pas y accéder. Les soins dentaires sont un des points saillants lorsque nous parlons des services de santé avec les chefs. Ça et les coûts de transport, le transport des patients. Compte tenu de l'endroit où vivent ces personnes et des modalités d'accès au service, toutes ces choses sont couvertes à titre de services non assurés, mais cela ne fonctionne pas aussi bien qu'on le souhaiterait.

Le sénateur Cordy : Je dois dire, je trouve cela très frustrant. La séance d'hier et celle d'aujourd'hui m'ont ouvert les yeux, car je croyais en savoir très long sur ces questions. Mais hier, j'ai visité la collectivité autochtone au Manitoba et j'ai appris que les travailleurs de la santé dans la réserve étaient moins bien rémunérés que ceux qui travaillaient à l'extérieur, et qu'ils ont eu une seule hausse de salaire, de 3 p. 100, en dix ans.

M. Gallagher : Oui.

Le sénateur Cordy : Donc, leur travail est une œuvre altruiste. J'ai appris que les soins dentaires, que je croyais financés par le gouvernement fédéral, présentent d'énormes lacunes, et pour ceux qui en obtiennent, les dentistes sont rétribués à 85 p. 100 de leur tarif. Vous pouvez comprendre les dentistes qui ont déjà une pleine clientèle.

Somme toute, je trouve très frustrant de regarder toutes ces choses, puis d'entendre que nous en accomplissons beaucoup en santé pour les Autochtones, ce qui n'est rien de moins qu'un mensonge.

J'aimerais aussi parler des problèmes de santé mentale et de maladies mentales. Vous avez tous les deux fait allusion aux pensionnats indiens, et je sais que vous avez déclaré que les excuses permettront d'accomplir des résultats considérables, tout comme la Commission de vérité et de réconciliation. Nous avons vraiment porté un dur coup à la culture des Autochtones pour la génération passée, mais aussi pour leurs enfants, qui n'ont pas pu obtenir ce qu'on a enlevé à leurs parents. Comment compose-t-on avec cette situation chez les peuples autochtones?

M. Gallagher : Les excuses auxquelles Lisa a fait allusion, le rassemblement des gens et bon nombre de choses prévues le 11 juin sont conçus pour accomplir cela en partie. Nous espérons que ce sera une bonne chose et que les excuses seront sincères et bien accueillies. Nous craignons que le message ne soit pas bien interprété.

Je déteste adopter un point de vue cynique à cet égard, mais, comme on l'a dit en parlant d'autres questions, le gouvernement n'a pas été très réceptif. Nous regardons d'où nous venons ici en Colombie-Britannique, depuis que notre conseil de leadership a signé l'Accord de transformation pour le changement en novembre 2005 avec le premier ministre Martin. Ensuite, quelques mois plus tard, le nouveau gouvernement a pris le pouvoir. Le premier ministre ne voulait pas entendre parler de

infrastructure, economic development and reconciliation of rights and title. So that repudiation went to the notion of the honour of the Crown and whether or not there is honour there.

From a First Nations perspective, we get concerned. If we are bringing our people together, let us hope it is a good day. The question is if it is not, how do we respond to the negative reactions to the announcement?

In listening to Lisa, I really appreciated how she started her presentation and what she said about the people in residential school and where she is coming from in terms of using her language.

It is interesting to me is because I am a member of a First Nation here in British Columbia. I am Coast Salish. My community is Sliammon. It is 100 miles north of here. My dad went to a residential school and he was beaten for speaking his language, so he did not teach me the language. So I am an example of the missing generation. Over the years of my work in my community, my elders saw fit to give me a Sliammon name. I am very careful when I use it. Coming to this committee, my first response was not to use it here. When I am talking to my own people, I am more free with using it. That is only in terms of my own comfort with using it, based on what my dad had experienced and what he had taught me about it, and that it was not a positive thing for a long time. We are turning that around slowly in my community.

It was very enlightening to hear Lisa talk about why she does it and why she uses it, and I am very respectful of that and appreciative of that and her acknowledgement of the Coast Salish territory.

The situations that exist around the residential schools are so strong that we really have to be able to understand them at a very localized level: we cannot have broad-sweeping discussions. I have friends from home who are a couple of years older than I and even younger than I am that went to residential school. I listen to them about how they are working through things in their lives. Then I look at my life and my dad went and my mom went, but I did not go. I went to a public school in Powell River, and we had different experiences as a result.

It is understanding what they are trying to go through and understanding how it affected my family and my life and what I pass onto my son. So it is really kind of interesting how we are trying to find solutions for it. In the area of mental health and wellness, a big part of this is turning it around. A lot of our people tell us when we talk about mental health issues that we have to come from a wellness perspective and start building on the strengths we still have, not be looking at things from the illness perspective. Because we are just trying to survive its treatment system and it is not working for us.

l'accord, et il a répudié cette entente. L'entente liait entre elles toutes ces choses : la santé, l'éducation, le logement et l'infrastructure, le développement économique et la conciliation des droits et titres. Ainsi, cette répudiation compromettait la notion d'honneur de la Couronne, et remettait en question son existence même.

Du point de vue des Premières nations, nous sommes préoccupés. Si nous rassemblons notre peuple, espérons que ce sera une bonne journée. Sinon, la question est la suivante : comment réagissons-nous au mauvais accueil de l'annonce?

Lorsque j'écoutais Lisa, j'ai vraiment apprécié le début de son exposé, ce qu'elle a dit au sujet des gens qui ont fréquenté un pensionnat indien et du fait de reprendre contact avec ses racines, en s'exprimant dans sa langue.

Cela m'intéresse, car je suis membre d'une Première nation ici en Colombie-Britannique. Je suis un Salish du littoral. Je viens de la collectivité Sliammon. Elle est située à 100 milles au nord d'ici. Mon père a fréquenté un pensionnat indien, et il s'est fait battre pour s'être exprimé dans sa langue; alors, il ne m'a pas enseigné cette langue. Je suis un exemple de la génération manquante. Après des années de travail dans ma collectivité, mes aînés ont cru bon de me donner un nom sliammon. Je l'utilise avec beaucoup de circonspection. Lorsque je me suis présenté devant le comité, mon intuition m'a dit de ne pas l'utiliser ici. Lorsque je m'adresse à mes semblables, je suis plus enclin à l'utiliser. Ce n'est qu'une question de confiance personnelle à cet égard, en fonction de l'expérience de mon père, et de ce qu'il m'a appris à ce sujet, que ce n'était pas une chose positive pendant longtemps. La situation change petit à petit dans ma collectivité.

Le discours de Lisa au sujet de la raison pour laquelle elle le fait et pour laquelle elle l'utilise était très édifiant, et j'ai beaucoup de respect pour cela et j'apprécie sa reconnaissance du territoire des Salish du littoral.

Les situations qui découlent des pensionnats indiens ont un tel impact, que nous devons être en mesure de les comprendre du point de vue de chaque localité : nous ne pouvons pas tenir des discussions générales et englobantes. J'ai des amis chez moi qui ont quelques années de plus que moi, même certains qui sont plus jeunes que moi, qui ont fréquenté un pensionnat indien. Je les écoute parler de la façon dont ils composent avec diverses choses dans leur vie. Pour ma part, mon père y est allé, et ma mère y est allée, mais pas moi. J'ai fréquenté une école publique à Powell River; par conséquent, nos expériences sont différentes.

Il s'agit de comprendre ce que vivent ces gens et de comprendre comment cela a affecté ma famille et ma vie et ce que je transmets à mon fils. Ainsi, c'est intéressant en quelque sorte de voir comment nous trouvons des solutions. Au chapitre de la santé mentale et du bien-être, la solution consiste en grande partie à changer de cap. Beaucoup de nos semblables nous disent, lorsque nous parlons de problèmes de santé mentale, que nous devons aborder les choses d'un point de vue de bien-être et faire fond sur les forces que nous avons, plutôt que d'aborder les choses du point de vue de la maladie, car nous tentons de surmonter les modalités de traitement de la maladie, et cela ne fonctionne pas pour nous.

To look at promotion and prevention and building the resiliency of our young people means incorporating culture and language and the things that are important and essential to who we are as people. That includes our connection to the land and resources and territories. A big part of it is that we are trying to turn around and get back to those things that are of value to us as people and find who we are. Again, in British Columbia, with 203 Indian bands, we have a number of nations that are very different from one another, but share a lot of commonalities in terms of their spiritual perspectives, and so on.

Ms. Mercure: You were talking about the residential school apology and mental health. One of the greatest areas that will be helpful is for our Aboriginal communities to be able to come together as one on June 11, and to be able to support our elders and all of those that have been affected by residential school, which means every one of those Aboriginal people.

The intergenerational effect is affecting us at all different levels in terms of losing the cultural knowledge. Most of our communities are based around the idea that everybody has a gift and a role in that community. Whether it is the language holder or the fire keeper in the Big House, everybody has a role in our community. I think some elders do not know what it means to be an elder and have been lost for a really long time.

So to be able to support those who have not been a part of their cultural community and to support those elders who want something that is culturally relevant in their Aboriginal organizations, both on reserve and off reserve, all of our communities need to come together as one.

It is going to be a time of healing for all of our communities, I think.

Senator Cordy: My last question is related to this also and you have made mention that you have lost so much culture and history. I am just wondering at the elders conference and with the Elders Council, is there any movement or any work being done on recording the history and the culture? Because there is not a lot available for people to look at either within or out of the Aboriginal community and a lot of stories have been handed down verbally, but not in books.

Ms. Mercure: I think that would be my rationale for more elder cultural-type programming and I think that would naturally evolve into recording the stories.

We are at a place right now where we need learn our languages correctly, our languages in B.C. especially. A third of all the Aboriginal languages in Canada are held in B.C. because it was a traverse place thousands of years ago. So it is important for us to have language and cultural programs developed by Aboriginal people for Aboriginal people, inclusive of all Aboriginal groups. We need that right away.

La promotion, la prévention et le renforcement de la résilience chez nos jeunes supposent l'intégration de la culture et de la langue et des choses qui sont importantes et essentielles à l'identité de notre peuple. Cela comprend notre lien avec la terre, les ressources et les territoires. Un élément important de cette démarche, c'est que nous tentons de changer de cap et de revenir à ces choses qui ont une valeur pour notre peuple et de retrouver notre identité. Encore une fois, en Colombie-Britannique, qui compte 203 bandes indiennes, nous avons beaucoup de nations qui sont très différentes les unes des autres, mais qui partagent beaucoup de points en commun au chapitre de leurs perspectives spirituelles, par exemple.

Mme Mercure : Vous parliez des excuses liées aux pensionnats indiens et de la santé mentale. L'un des aspects qui contribueront beaucoup à nos collectivités autochtones, c'est le fait qu'elles réussiront à former une seule nation le 11 juin, et qu'elles pourront aider nos aînés et tous ceux qui ont été affectés par les pensionnats indiens, soit chaque Autochtone.

L'effet intergénérationnel influe sur nous à différents niveaux concernant la perte du savoir culturel. La plupart des collectivités ont comme principe directeur que chaque personne a une contribution à faire à la collectivité et un rôle à y jouer; qu'il s'agisse d'un gardien de la langue ou d'un gardien du feu dans la longue maison, tout le monde a un rôle dans notre collectivité. Je crois que certains aînés ne comprennent pas ce que signifie leur rôle et sont perdus depuis très longtemps.

Pour réussir à soutenir ceux qui n'ont pas fait partie de leur collectivité culturelle et soutenir les aînés qui veulent voir quelque chose d'adapté à la culture dans leur organisme autochtone, dans la réserve ou non, toutes nos collectivités doivent former une nation.

Nous entamons une époque de guérison pour toutes nos collectivités, à mon avis.

Le sénateur Cordy : Ma dernière question se rattache aussi à cela, et vous avez mentionné le fait que vous avez tant perdu sur les plans culturel et historique. Je me demande si, dans le cadre des conférences des aînés et au sein du conseil des anciens, on a tendance à tenir des archives historiques et culturelles ou a-t-on entrepris du travail à cet égard? Car les gens n'ont pas accès à beaucoup de choses, que ce soit dans la collectivité autochtone ou à l'extérieur, et beaucoup d'histoires ont été transmises oralement, et ne sont pas inscrites dans les livres.

Mme Mercure : À mon avis, c'est la raison pour laquelle il faudrait instaurer plus de programmes axés sur les aînés et la culture et je crois que cela entraînerait naturellement l'enregistrement de leurs histoires.

Actuellement, nous en sommes à un point où nous devons apprendre correctement nos langues, surtout en Colombie-Britannique. Un tiers de toutes les langues autochtones au Canada tirent leur origine de la Colombie-Britannique, car c'était une plaque tournante il y a des milliers d'années. C'est pourquoi il est important que nous ayons des programmes linguistiques et culturels élaborés par des Autochtones pour des Autochtones, qui s'adressent à tous les groupes autochtones. Nous avons besoin de ça immédiatement.

There is a urgent sense in our communities that our languages are at risk. Therefore our culture is at risk. It is trying to bring that awareness into the mainstream community and that it be in support of those non-government organizations and other communities to understand where we are today.

There were some initiatives, through the cultural foundation, to would start to gather and record language being spoken. There is an online program supported through the First Citizens Fund, as well, but it is not enough. They have to prioritize the projects. How do you prioritize one community's language over another?

Mr. Gallagher: I just wanted to comment on that. One of the important aspects of our language is our link to the land. I had the opportunity to work in my own community in relation to our treaty negotiation. One of the first things we did was discover that when you talk about your territory and people's relationship to the land and explore that history, what you get are family names, our traditional names, and how they are linked to the various locations in the territory and the things people did.

So bringing back and strengthening our ties to our language has really linked that whole area of how we connect to our territories. It then gets into the whole social fabric of the people. Which families lived in which part of the territories, their lifestyle, the resources they controlled and managed and shared. All of that is spoken about in our language. Our laws and our teachings come from that. It is a very rich exercise which is extremely dependent on our elders because they are the ones that have most of that knowledge.

I remember our activities in recording our elders. With respect to the history of my community, we are really sort of working to recover, revive, renew, rediscover a lot of those things and redefine what it means to be a Sliammon First Nations person. So it was quite exciting that we were able to do that.

What was even more valuable was we found we captured a great deal information from people that are no longer with us and we need to be able to do more of that. We were having these elders events and taking our elders back out onto the land to places they have not been for a long time. Having these memories come out from them was wonderful.

We have to be able to support more things like that. They should be acknowledged for what they are and they should not have to be part of something else. You should have the ability to do it because it is the right thing to do.

Senator Mercer: Thank you both for being here. I continue to learn so much on this trip. Perhaps the sincerity of the apology would be enhanced if he would embrace and acknowledge the Kelowna Accord, but I do not think we are going to see that, unfortunately. That may be too political a comment, but that is all right. I am amongst friends.

Nos collectivités éprouvent un sentiment urgent selon lequel nos langues sont en péril. Partant, notre culture est en péril. Il faut tenter de transmettre cette sensibilisation au grand public pour qu'il soutienne les organismes non gouvernementaux et les autres collectivités afin de comprendre où nous en sommes aujourd'hui.

Il y a eu certaines initiatives, exécutées par l'entremise de la fondation culturelle, qui avaient pour but de commencer à recueillir et à enregistrer les langues parlées. Il existe un programme en ligne financé par le First Citizens Fund, mais ce n'est pas assez. Il faut établir un ordre de priorité des projets. Comment faire de la langue d'une collectivité la priorité au détriment d'une autre?

M. Gallagher : Je tiens seulement à faire un commentaire. L'un des aspects importants de notre langue, c'est notre lien avec la terre. J'ai eu l'occasion de travailler dans ma propre collectivité à la négociation d'un traité. L'une des choses que nous avons constatées, c'est que lorsque vous commencez à parler de votre territoire et du lien des personnes avec la terre et que vous explorez cette histoire, vous obtenez des noms de famille, nos noms traditionnels, et leur lien avec les différentes localités dans les territoires et les réalisations passées.

Donc cette réminiscence et le renforcement de notre relation avec notre langue ont réellement noué des liens avec tout ce domaine, c'est-à-dire notre rapport avec nos territoires. Cela s'imprègne dans le tissu social du peuple. Quelles familles ont vécu à quels endroits des territoires, quel était leur mode de vie et les ressources qu'elles contrôlaient, géraient et partageaient? On parle de tout cela dans notre langue. Nos lois et nos enseignements proviennent de là. C'est un exercice très enrichissant qui dépend largement de nos aînés, car ce sont eux qui détiennent la plus grande part de ces connaissances.

Je me souviens de nos activités d'enregistrement des histoires des aînés; en ce qui concerne l'histoire de ma collectivité, nous travaillons vraiment à récupérer, raviver, renouveler et redécouvrir beaucoup de choses et redéfinir l'identité des Premières nations sliammon. C'était donc assez passionnant de pouvoir faire tout ça.

Ce que nous avons trouvé encore plus précieux, c'est que nous avons constaté que nous pouvions recueillir beaucoup d'informations de gens qui ne sont plus avec nous, et il faut réussir à en faire plus de ce côté. Nous organisons des activités axées sur les aînés et nous les amenions sur les terres, à des endroits où ils n'étaient pas allés depuis longtemps. C'était merveilleux de faire jaillir les souvenirs de leur esprit.

Nous devons pouvoir appuyer plus d'événements semblables. On devrait les reconnaître pour ce qu'ils sont, sans devoir les inscrire dans quelque chose d'autre. On devrait être en mesure de le faire, parce que c'est la bonne chose à faire.

Le sénateur Mercer : Merci beaucoup à tous les deux de votre présence. J'apprends continuellement pendant mon voyage. Peut-être que la sincérité des excuses serait accrue si le premier ministre pouvait se soumettre à l'Accord de Kelowna et le reconnaître, mais je ne crois pas que nous verrons cela, malheureusement. Peut-être que mon commentaire était trop politique, mais ça va. Je suis parmi des amis.

I want to talk about diabetes for a moment. Do you have any idea of the percentage of First Nations people in British Columbia who have diabetes? Secondly, with respect to the friendship centres, in the 24 communities where you have friendship centres, are you providing services there that are directly related to diabetes education and training to help people manage their diabetes?

Mr. Gallagher: The first question was about the number of people with diabetes. The information that we work from here is part of the Public Health Officer's report on Aboriginal health, and he has a new report coming out, I guess, in the months ahead this year. The statistics that we work with there are not always the best because lots of people get missed. There are lots of inaccuracies. So they acknowledge this data is not strong. So one of the things we need to do in our tripartite plan is try and address health data, as well as other data related to the social determinants of health.

The best way that that is going to happen is for the First Nations to be the owners and generators of that data. Right now, it is a combination of federal and provincial data. I think the number that came out, and Michelle is looking and might help correct me, is that our rates of diabetes are 40 per cent higher than the non-Aboriginal population. That is the kind of statistical information that I have heard.

The Chair: That translates to about 55 or 60 per cent of the adult population.

Senator Mercer: Amazing.

Ms. Mercure: You talked about the friendship centres and the programs that they offer within our friendship centres' local communities. We are not a local service provider but our 24 communities are. Under the health programming, there are 94 types of programs, which is 18.9 per cent of our overall programming.

They cover a broad range, including specifically around diabetes. For example, the Aboriginal health clinic in the Tillicum Lelum Health Centre in Nanaimo would offer community programming for people to come in and ask for things like diabetes foot clinics and to be able to speak to nutritionists and to work with the new programming that came out that is "Honour your health challenge." It is not a new program, but people are using the resources from that to help raise awareness in our communities about health living, healthy eating.

Senator Mercer: Mr. Gallagher, you mentioned the 203 First Nations in British Columbia. That is a large number and it is obvious not all of them are getting quality healthcare. Not all of them have doctors. Are there a large number of nurse practitioners filling in the gap and is there any use of Telehealth to assist in delivering some healthcare?

J'aimerais parler du diabète pendant un instant. Avez-vous une idée du pourcentage d'Autochtones en Colombie-Britannique qui souffrent du diabète? Ensuite, en ce qui concerne les centres d'amitié, dans les 24 collectivités où un centre d'amitié est établi, offrez-vous des services qui sont directement liés à l'éducation sur le diabète et à la formation visant à aider les gens à gérer leur diabète?

M. Gallagher : La première question concernait le nombre de gens qui souffrent du diabète. L'information qui nous sert ici est tirée du rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur la santé des Autochtones, et un nouveau rapport paraîtra bientôt, je crois, dans les prochains mois. Les statistiques avec lesquelles nous travaillons ici ne sont pas toujours les meilleures, parce que beaucoup de gens ne sont pas comptabilisés. Il y a de nombreuses inexactitudes. On reconnaît que ces données ne sont pas solides. Ainsi, une des choses que nous devons faire dans le cadre de notre plan tripartite est de tenter de prendre en main les données liées à la santé, en plus d'autres données liées aux déterminants sociaux de la santé.

La meilleure façon d'y arriver, c'est de laisser les Premières nations se charger de la tenue et de la génération de ces données. Maintenant, les données sont tirées du gouvernement fédéral et provincial. Je crois que, selon le chiffre qui a été établi, et Michelle me regarde et pourra peut-être le préciser, notre taux de diabète est supérieur de 40 p. 100 à celui de la population non autochtone. C'est le genre de données statistiques que j'ai entendues.

La présidente : Cela équivaut à environ 55 ou 60 p. 100 de la population adulte.

Le sénateur Mercer : Incroyable.

Mme Mercure : Vous avez parlé des centres d'amitié et des programmes qu'ils offrent dans les centres des collectivités locales. Nous ne sommes pas un fournisseur de services locaux, mais les 24 centres communautaires le sont. Dans le cadre des programmes de santé, il existe 94 types de programmes, ce qui équivaut à 18,9 p. 100 de nos programmes.

Ils couvrent beaucoup de terrain, y compris le diabète. Par exemple, la clinique de santé des Autochtones au Tillicum Lelum Health Centre à Nanaimo offre des programmes communautaires qui permettent aux gens d'obtenir des consultations au sujet de choses comme le pied diabétique et de parler à des nutritionnistes et de travailler dans le cadre du nouveau programme intitulé « Honour your health challenge ». Ce n'est pas un nouveau programme, mais les gens se servent de ses ressources pour sensibiliser nos collectivités à la vie saine et à la saine alimentation.

Le sénateur Mercer : Monsieur Gallagher, vous avez mentionné les 203 Premières nations en Colombie-Britannique. Ce chiffre est élevé, et, évidemment, ce n'est pas toutes les collectivités qui obtiennent des soins de santé de qualité. Elles ne disposent pas toutes d'un médecin. Existe-t-il beaucoup d'infirmiers praticiens qui combler les lacunes, et a-t-on recours à Télésanté pour aider à offrir certains soins de santé?

Mr. Gallagher: One of the major problems we have in B.C. is a nursing shortage. In the northern health authority region just last Friday, they were saying the average retention of nurses in the north is six months, but it is costing them a year's salary to try to bring each new nurse into the system. So it is a huge challenge for us here even beyond the doctors that are not available.

One of the action items in the tripartite health plan we are working on is to create and implement a fully integrated clinical Telehealth network for First Nations in B.C. It is a great action item with huge challenges in front of it because connectivity in this province is a huge problem. We have, as an example, more communities that do not have connectivity in this province than some provinces have First Nations communities. So we have some big challenges in front of us in this whole area of connectivity.

With Telehealth, at some point you are trying to get an industrial grade of connectivity to do a lot of the things you would like to do through that kind of technology. So the challenge in front of us is great.

The provincial government has stressed its commitments around connecting B.C. The federal government is lagging behind, but are making efforts to come up with their share of the money. Health Canada has come up with money to support the federal side of it because of the health plan. We are waiting for other federal agencies like Indian and Northern Affairs to put up their share.

So those kinds of things are being talked about and we are developing a centre of excellence in health to help us move in this area so that we can be effective. A fair bit of work is going into this as an option for communities in terms of provision of health services.

Senator Mercer: At the centre we visited yesterday in Manitoba, one of the things that impressed me was the fact that all of the nurses there were not necessarily from the community, but all of them were Aboriginal. Is there a program in British Columbia to help to specifically reach out to young Aboriginal people to get them to consider nursing as a career since there is great need in the community?

Mr. Gallagher: There are a number of initiatives going on around that. One of the indicators in our health plan is around health human resources and the number of Aboriginal health service providers in the system. There are different initiatives. The federal government, for example, has an Aboriginal health human resource initiative where our Health Council is working with them to engage post-secondary institutions to develop better programming that is more accessible for First Nations people and Aboriginal people to enter in health professions. Nursing is one of those areas that is targeted.

M. Gallagher : L'un des plus graves problèmes qui accablent la Colombie-Britannique est une pénurie de personnel infirmier. Dans la région sanitaire du Nord, vendredi dernier seulement, on disait qu'un infirmier restait en moyenne en poste dans le Nord pendant six mois, mais on doit déboursier tout un salaire annuel chaque fois que l'on tente d'intégrer un nouvel infirmier au système. C'est donc une immense difficulté pour nous ici, encore pire que l'inaccessibilité des médecins.

L'un des points prioritaires du plan tripartite de santé sur lesquels on travaille consiste à créer et à mettre en œuvre un réseau clinique Télésanté complètement intégré pour les Premières nations en Colombie-Britannique. C'est un point prioritaire assez imposant qui présente d'immenses défis, car la connectivité est un grave problème dans la province. Par exemple, il y a dans la province plus de collectivités qui n'ont pas de connectivité que dans d'autres provinces. Nous avons des défis de taille à relever dans tout ce secteur au chapitre de la connectivité.

Avec Télésanté, à un certain point, il faudra établir une connectivité de calibre industriel pour faire tout ce qu'on aimerait grâce à ce genre de technologie. Ainsi, nous avons devant nous un immense défi.

Le gouvernement provincial a insisté sur son engagement lié à la connectivité en Colombie-Britannique. Le gouvernement fédéral traîne de la patte, mais il fait des efforts pour fournir sa part de financement. Santé Canada a libéré des fonds pour appuyer le volet fédéral, en vertu du plan de santé. Nous attendons que d'autres organismes fédéraux, comme Affaires indiennes et du Nord Canada, fournissent leur part.

Ainsi, nous parlons de ce genre de choses, et nous sommes en train de mettre sur pied un centre d'excellence en santé pour contribuer à notre évolution dans ce secteur pour que nous puissions être efficaces. Une quantité de travail loin d'être négligeable est accomplie, afin que les collectivités aient une option pour fournir des soins de santé.

Le sénateur Mercer : Au centre que nous avons visité hier au Manitoba, l'une des choses qui m'ont impressionné, c'est le fait que tous les infirmiers là-bas n'étaient pas nécessairement de la collectivité, mais ils étaient tous autochtones. Y a-t-il un programme en Colombie-Britannique pour aider à inciter les jeunes autochtones à songer à entreprendre une carrière d'infirmier, puisque le besoin est si criant dans la collectivité?

M. Gallagher : Il y a beaucoup d'initiatives entreprises à cet égard. Un des indicateurs dans notre plan de santé est axé sur les ressources humaines dans le secteur de la santé et le nombre de fournisseurs de services de santé autochtones dans le système. Il y a différentes initiatives. Le gouvernement fédéral, par exemple, a mis sur pied une initiative de ressources humaines dans le secteur de la santé autochtone dans le cadre de laquelle collabore notre conseil de santé pour inviter les établissements postsecondaires à élaborer de meilleurs programmes qui seraient accessibles aux membres des Premières nations et aux Autochtones qui souhaiteraient entreprendre une carrière en santé. Les soins infirmiers sont un des domaines ciblés.

There are other initiatives being moved forward by different First Nations health organizations, as an example, to attract more nurses and more programming in these areas. There is still a need to do more. It is one of the action items in our 10-year health human resource strategy. We need to incorporate not only nursing, but other health professions into it.

The Chair: I want to thank you both very much for this presentation. It was excellent and I would have to say, Mr. Gallagher, that I would be extremely honoured if you would allow us to use your First Nations name in our publication.

Mr. Gallagher: Okay.

The Chair: You will have to give it to us.

Mr. Gallagher: It is Kwunahmen.

The Chair: Do you have one as well, Ms. Mercure?

Ms. Mercure: No. In December, we have a thing called "family reunification." So in December I was connected to people. I only knew my nuclear family. So I have recently gotten to know that I have cousins, that I have an uncle and in one of those families they have ten brothers and sisters and 17 cousins, so I am really happy to say it is starting a process.

The Chair: That is wonderful. I am glad you have discovered your family, Ms. Mercure. It is extremely important, and I will just relate a very fun story to you. When my husband asked me to marry him, he suggested that we should have a very small family wedding. I suggested to him that I could not have a very small family wedding. He said, "Well, why not?" I said that I have 150 first cousins. He said, "Nobody has 150 first cousins," and I said, "Well, if your mother is one of 18 and your father is one of ten, you have 150 first cousins." So I am glad that you are finding out about your cousins.

Ladies and gentlemen, could I invite Gregg Schiller, Bonnie O'Sullivan, Joanne Tayler and Steve Ellis to come and join us. The way in which we do this is that each individual is able to present for five minutes. There are no questions from the committee because of a pressure of time.

I understand, Mr. Schiller, that you represent the British Columbia Seniors Advocacy Network and would you like to start, please.

Gregg Schiller, Coordinator, BC Seniors Advocacy Network, as an individual: Thank you.

Thank you for the opportunity to speak to you today. I work here as a coordinator of the B.C. Seniors Advocacy Network. It is an amazing network of over 87 volunteers who are all seniors from all over the province of British Columbia. They provide advocacy services to seniors facing critical and complex issues. Our volunteer seniors have been screened and received intensive

Il y a d'autres initiatives mises de l'avant par différents organismes en santé des Premières nations, par exemple, pour attirer davantage d'infirmiers, et on établit de nouveaux programmes dans ces secteurs. Il y a encore place à l'amélioration. C'est l'un des points prioritaires de notre stratégie décennale en matière de ressources humaines en santé. Nous devons intégrer non seulement les soins infirmiers, mais aussi d'autres professions de la santé dans la stratégie.

La présidente : J'aimerais vous remercier chaudement tous les deux de vos exposés. Ils étaient excellents, et, monsieur Gallagher, je dois dire que je serais extrêmement honorée si vous nous permettiez d'utiliser votre nom autochtone pour notre publication.

M. Gallagher : D'accord.

La présidente : Il faudrait nous le donner.

M. Gallagher : C'est Kwunahmen.

La présidente : Avez-vous aussi un nom, madame Mercure?

Mme Mercure : Non. En décembre, nous tenons un événement de réunification des familles. Donc en décembre, j'ai été reliée à des personnes. Je connaissais seulement ma famille nucléaire. Or, j'ai récemment appris que j'avais des cousins, que j'avais un oncle, et dans l'une de ces familles, il y a 11 enfants et 17 cousins, donc je suis très heureuse de dire que le processus est entrepris.

La présidente : C'est merveilleux. Je suis heureuse que vous ayez découvert votre famille, madame Mercure. C'est très important, et je vais juste vous raconter une histoire très amusante. Lorsque mon époux m'a demandée en mariage, il a proposé de tenir une très petite cérémonie familiale. Je lui ai dit que je ne pouvais pas avoir un petit mariage familial. « Ah, non? », a-t-il répondu. Je lui ai expliqué que j'avais 150 cousins germains. Il a répliqué : « Personne n'a 150 cousins germains », et moi de répondre : « Eh bien, si votre mère est née dans une famille de 18 enfants, et que votre père est né dans une famille de dix enfants, vous avez 150 cousins germains. » Alors je suis ravie que vous soyez en train de découvrir vos cousins.

Mesdames et messieurs, je pourrais inviter Gregg Schiller, Bonnie O'Sullivan, Joanne Tayler et Steve Ellis à se joindre à nous. La façon de procéder, c'est que chaque personne pourra parler pendant cinq minutes. Il n'y aura pas de questions du comité, faute de temps.

Je crois savoir, monsieur Schiller, que vous représentez le Seniors Advocacy Network de la Colombie-Britannique; veuillez commencer, je vous en prie.

Gregg Schiller coordonnateur, BC Seniors Advocacy Network, à titre personnel : Merci.

Merci de me donner l'occasion de vous parler aujourd'hui. Je travaille ici comme coordonnateur du Seniors Advocacy Network de la Colombie-Britannique. C'est un réseau extraordinaire qui compte plus de 87 bénévoles, tous des aînés originaires de partout en Colombie-Britannique. Ils offrent des services de représentation à des aînés qui sont en butte à des problèmes

training to be educated about the various laws affecting seniors, and their entitlements and rights.

The majority of calls received by our B.C. Seniors Advocacy Network are around the issue of abuse and neglect of seniors living in residential care facilities. Some of the issues related to this topic include retribution and intimidation by staff and managers of facilities towards family members who speak up about their concerns for their loved ones in care. Family members have been threatened with having their visits cut if they speak up about their concerns. Maintaining access to family members is a basic right that needs to be protected, to avoid isolation of seniors. Nutritional abuse occurs when operators of care facilities try to save money on the backs of seniors by providing them with razor-thin sandwiches or providing meat dishes to vegetarian clients and not respecting their choices.

These are some of the stories that have been brought to our attention numerous times, and we have intervened to resolve the situation for the betterment of the seniors in care.

Again, the right to eat healthy, nutritious meals is a basic right that all Canadians deserve no matter where they live or how cognizant they are of their environment.

Neglect of seniors in care includes things such as not changing or cleaning seniors who may be incontinent or ensuring they sit upright when they have a feeding tube.

Other similar types of situations occur when staff ratios are way below what is needed. The lack of staff is a chronic problem in all residential care facilities.

Emotional and physical abuse occurs too when there is a lack of staff to provide the one-on-one supports that seniors require or when staff burn out or when there is stress amongst the staff members. Again, better training and more staff can help address this issue.

Other issues faced by the B.C. Seniors Advocacy Network include finding affordable or appropriate housing for seniors, especially in our Olympic City of Vancouver where housing prices are increasing to exclusive prices out of reach of most ordinary citizens.

Seniors are also calling us about living below the poverty line. We see an increasing number of seniors living on the streets and begging for money, along with the youth. This is not safe for

critiques et complexes. Nos aînés bénévoles ont été triés et ont reçu une formation intensive pour connaître les différentes lois qui touchent les aînés ainsi que leur admissibilité et leurs droits.

La majorité des appels téléphoniques reçus par le Seniors Advocacy Network de la Colombie-Britannique se rattache à des problèmes de mauvais traitements et de négligence envers les aînés qui vivent dans des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Certains des problèmes à ce chapitre touchent l'intimidation par le personnel et les gestionnaires d'établissement et les conséquences qu'ils imposent aux membres de la famille qui communiquent leurs préoccupations à l'égard d'un être cher résidant dans l'établissement. Des membres de la famille se sont fait menacer de perdre leur droit de visite s'ils font connaître leurs préoccupations. La garantie de l'accès aux membres de la famille est un droit fondamental qui doit être protégé, pour éviter l'isolement des aînés. La malnutrition survient lorsque les exploitants d'établissements de soins tentent d'économiser de l'argent sur le dos des aînés, en leur servant des sandwiches de l'épaisseur d'une lame de rasoir ou en offrant des plats de viande à des clients végétariens et en ne respectant pas leurs choix.

Voilà certaines des histoires sur lesquelles on a attiré notre attention à de nombreuses reprises, et nous sommes intervenus pour résoudre les problèmes en vue d'assurer le bien-être des aînés bénéficiaires.

Encore une fois, le droit de manger des repas sains et nutritifs est un droit fondamental que tous les Canadiens méritent, peu importe où ils vivent ou à quel point ils sont conscients de leur environnement.

La négligence des aînés dans les établissements de soins comprend des choses comme l'omission de changer ou de laver les aînés qui sont parfois incontinents ou de veiller à ce qu'ils soient bien assis lorsqu'ils ont une sonde d'alimentation.

D'autres situations du même type surviennent lorsque les membres du personnel sont beaucoup moins nombreux que nécessaire. La pénurie de personnel est un problème chronique dans tous les établissements de soins pour bénéficiaires internes.

La violence psychologique et physique survient aussi lorsqu'il y a une pénurie de personnel pour offrir le soutien individuel dont ont besoin les aînés ou lorsque le personnel est épuisé, ou qu'il y a un stress chez les employés. Encore une fois, une meilleure formation et un plus grand nombre d'employés peuvent contribuer à résoudre ce problème.

D'autres problèmes auxquels s'est attaqué le Seniors Advocacy Network de la Colombie-Britannique comprennent le logement abordable et convenable pour les aînés, surtout dans notre ville de Vancouver, qui sera le théâtre des Jeux olympiques, ce qui fait augmenter les prix des logements, qui atteignent des prix exorbitants hors de la portée de la plupart des citoyens ordinaires.

Nous recevons aussi des appels téléphoniques d'aînés qui vivent sous le seuil de la pauvreté. Nous sommes témoins d'un nombre grandissant d'aînés qui vivent dans la rue et qui quêtent

seniors nor respectful for them to be forced to be in that position in life.

Another issue of importance to seniors is having the option to age at home with home supports. Unfortunately, that option is not always available because of a lack of funding and programs to allow this option to flourish.

Luckily, our B.C. Seniors Advocacy Network has been available to those seniors who call us who know about our services, so we can provide the supports they need and deserve. Without our help, many seniors would be languishing in residential care facilities or not receiving their entitlements and benefits. We help them to apply and get that financial assistance for them.

It is our hope that the B.C. Seniors Advocacy Network can be a model for the rest of Canada to build upon with a national network of skilled and dedicated seniors to provide appropriate advocacy services to seniors. Guaranteed long-term funding commitments from federal and other levels of government to support our Seniors Advocacy Network as well as a national network would be greatly appreciated, since we go from grant to grant, short term. A long-term commitment for funding for our volunteer advocacy services would be a great benefit to all seniors.

I hope that the Senate committee can recommend providing financial support to volunteer seniors' advocates and, in particular, to our network here and eventually to help us build a truly national network of seniors' advocates across Canada as many seniors are increasingly falling into the category of issues that I have raised with you today.

I look forward to reading your final report and am open to answering questions you may have. Thank you for your time and I wish you all in promoting your excellent recommendations for the betterment of seniors across our wonderful country. Thank you.

The Chair: Thank you and thank you for the work that you do.

Ms. O'Sullivan?

Bonnie O'Sullivan, Social Coordinator, 411 Seniors Centre Society, as an individual: Thank you for letting me speak here today. My name is Bonnie O'Sullivan. I am the events and activities coordinator here at the 411 Seniors Centre.

Today I would like to speak to you about issues regarding lesbian, gay, transgender, transsexual, bisexual and queer elders. Here at the 411 Seniors Centre, we have a specific focus on inclusivity and, as such, we have an LGTB committee here which oversees a variety of programs and activities catered towards LGTB seniors.

de l'argent, à côté des jeunes. Ce n'est pas sécuritaire pour les aînés, ni respectueux à leur égard que de les forcer à être dans cette situation de vie.

Une autre question d'importance pour les aînés consiste à disposer du choix de vieillir chez soi et de profiter d'un soutien à domicile. Malheureusement, cette solution n'est pas toujours disponible à cause du manque de financement et de programmes qui permettraient à cette option de prendre de l'envergure.

Heureusement, notre Seniors Advocacy Network a pu être disponible pour ces aînés qui nous téléphonent et qui connaissent nos services, de sorte que nous pouvons leur offrir le soutien dont ils ont besoin et qu'ils méritent. Sans notre aide, bien des aînés seraient en train de dépérir dans des établissements de soins pour bénéficiaires internes ou ne toucheraient pas leurs allocations et leurs prestations. Nous les aidons à déposer une demande et à obtenir cette aide financière.

Nous espérons que le Seniors Advocacy Network pourra servir de modèle au reste du Canada, qui pourra s'en inspirer pour créer un réseau national d'aînés formés et dévoués pouvant offrir des services de représentation adéquats à d'autres aînés. Si le fédéral et d'autres ordres de gouvernement s'engageaient à offrir un financement à long terme et un soutien à l'égard de notre organisme, en plus de créer un réseau national, seraient grandement appréciés, puisque nous passons d'une subvention à une autre, toujours à court terme. Un engagement à long terme pour financer nos services de représentation bénévoles serait très profitable à tous les aînés.

J'espère que le Comité sénatorial peut recommander l'octroi de soutien financier aux bénévoles qui offrent des services de représentation aux aînés et, en particulier, à notre réseau ici et, plus tard, pour nous aider à construire un vrai réseau national de représentants d'aînés d'un océan à l'autre, puisqu'un nombre grandissant d'aînés éprouvent progressivement l'une ou l'autre des problèmes dont je vous ai fait part aujourd'hui.

J'ai hâte de lire votre rapport final et je suis disposé à répondre à des questions si vous en avez. Merci de votre temps, et je vous souhaite bonne chance lorsque vous ferez la promotion de vos excellentes recommandations visant le mieux-être des aînés partout dans notre merveilleux pays. Merci.

La présidente : Merci. Nous apprécions le travail que vous faites.

Madame O'Sullivan?

Bonnie O'Sullivan, Coordinatrice des activités sociales, 411 Seniors Centre Society, à titre personnel : Merci de m'inviter à parler ici aujourd'hui. Je m'appelle Bonnie O'Sullivan. Je suis la coordinatrice des activités sociales ici, au 411 Seniors Centre.

Aujourd'hui, j'aimerais aborder les questions qui concernent les aînés lesbiennes, gais, transgenres, transsexuels, homosexuels et bisexuels. Ici, au 411 Seniors Centre, nous nous axons tout particulièrement sur l'inclusion et, par conséquent, nous avons un comité LGTB qui surveille différents programmes et activités réservés aux aînés LGTB.

LGTB seniors are an invisible minority in today's society and less often suffer from isolation and discrimination both inside the LGTB community and in the community as a whole.

When talking to LGTB seniors, it is important to remember that while our society as whole has changed to a large extent in terms of law and rights for LGTB people and in terms of becoming more inclusive, LGTB seniors as a group have suffered great oppression and have been forced into the fringes of society. Thus, as a group, they are much more likely to suffer from extreme isolation and much less likely to seek out support and help in times of need. Their previous experiences have often created a foundation of mistrust and a tangible, unshakeable understanding of oppression.

LGTB seniors face challenges both in the community as a whole and in the greater LGTB community. In addition, LGTB seniors have a specific set of needs and issues which should be addressed separate from the needs and issues of the general LGTB community. Thus, it is incredibly important to provide specific and direct services to LGTB seniors.

Within the LGTB community, events tend to be geared towards younger generations, and while I believe the community is very open to accepting LGTB elders, it is sometimes difficult to bridge the gaps between the two groups.

Currently, in Vancouver, there are a variety of different non-profit and government-sponsored program and initiatives which provide events for LGTB elders. The existing community is very strong and willing to actively participate in community-building exercises and education.

I think the greatest gaps in the current support systems for LGTB elders are two. Firstly, there is a need to access isolated LGTB elders who are either unaware of the services available or are hesitant to come up to their peers. I think it is paramount to educate LGTB elders about the services available to them. There is a need to reach out to LGTB seniors and create safe, inclusive, welcoming environments where they are comfortable enough to engage and share their experiences. In addition, there is a pressing need for outreach to LGTB seniors who are unable to attend current programs and activities, either because they are homebound or because their experience of discrimination creates a barrier in accessing current services.

The second gap is in recording and understanding the histories of the LGTB community. LGTB seniors are pioneers in the fight for human rights in this country, and their experiences and histories have an intrinsic value. I think it is very important to document and archive those histories and the emergence of lives that have changed the landscape of human rights in this country.

I believe that this country has systemically discriminated against LGTB people. I also believe that we have a lot to be proud of in terms of the giant leaps that we have taken to create equal

Les aînés LGTB sont une minorité invisible dans la société d'aujourd'hui et souffrent moins souvent d'isolation et de discrimination, au sein de la communauté LGTB et dans l'ensemble de la collectivité.

Lorsque nous parlons à des aînés LGTB, il est important de garder à l'esprit que, bien que notre société ait changé considérablement dans l'ensemble au chapitre des lois et des droits chez les personnes LGTB et est devenue plus inclusive, le groupe des aînés LGTB a subi une oppression considérable et a été mis en marge de la société. Par conséquent, comme groupe, ils sont beaucoup plus susceptibles de souffrir d'isolation extrême et il est beaucoup moins probable qu'ils demandent un soutien et de l'aide lorsqu'ils en ont besoin. Leurs expériences antérieures ont souvent créé chez eux un instinct de méfiance et une compréhension tangible et bien enracinée de l'oppression.

Les aînés LGTB font face à des difficultés dans la collectivité générale et dans l'ensemble de la communauté LGTB. De plus, les aînés LGTB ont des types de besoins et de problèmes précis, qui devraient être réglés de façon distincte des besoins et des problèmes de la communauté LGTB en général. Ainsi, il est très important de fournir des services précis et directs aux aînés LGTB.

Au sein de la communauté LGTB, les événements ont tendance à cibler les générations plus jeunes, et quoique je croie que la communauté est disposée à accueillir les aînés LGTB, il est parfois difficile de nouer des liens entre les deux groupes.

Actuellement, à Vancouver, il y a une diversité de programmes et initiatives sans but lucratif émanant du gouvernement qui offrent des événements à l'intention des aînés LGTB. La communauté en place est très forte et bien disposée à participer activement à des exercices et à une formation axée sur le renforcement communautaire.

Je crois que le système de soutien actuel réservé aux aînés LGTB comporte deux grandes lacunes. Premièrement, il faut accéder aux aînés LGTB qui ignorent les services qui leur sont accessibles ou qui hésitent à s'adresser à leurs pairs. Je crois qu'il est d'importance primordiale d'informer les aînés LGTB des services qui leur sont offerts. Il y a un besoin de rejoindre les aînés LGTB et de créer des environnements sûrs, inclusifs et accueillants où ils se sentent assez à l'aise pour participer et partager leurs expériences. De plus, il y a un besoin pressant de tendre la main à des aînés LGTB qui ne sont pas en mesure de participer aux programmes et aux activités actuels, soit parce qu'ils sont confinés chez eux, soit parce que leur expérience de discrimination crée un obstacle à l'accès aux services actuels.

La deuxième lacune tient à l'enregistrement et à la compréhension de l'histoire de la communauté LGTB. Les aînés LGTB ont tracé la voie dans le cadre de la lutte pour les droits de la personne dans notre pays, et leurs expériences et leurs histoires ont une valeur intrinsèque. Je crois qu'il est très important de documenter et d'archiver ces histoires et les vies qui ont révolutionné les droits de la personne au Canada.

Je crois que notre pays a exercé une discrimination systémique à l'endroit des personnes LGTB. Je crois aussi que nous avons certainement de quoi être fiers lorsque nous pensons aux pas de

rights for LGTB people. I think that it is something that Canadians should be proud of and that should be recorded so that we can share it with future generations.

I hope that the Senate committee can recommend providing financial support to initiatives for LGTB seniors, specifically those projects which focus on advocacy, outreach, education, archiving historical information and bridging generational gaps in the LGTB community. I believe it is to the benefit both of LGTB seniors and the country as a whole to understand where we came from and the great changes that have transpired in terms of LGTB rights in this country.

I look forward to reading your final report. Thank you for your time and thank you as a committee both for giving me the opportunity to speak here and for creating this forum to discuss issues that are so relevant and important in this country.

The Chair: Thank you for reminding us that we have made strides, but there is still more work to be done.

We will hear from Joanne Taylor next. She is with the Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry.

Joanne Taylor, Executive Director, Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry, as an individual: Yes. We believe in long names. Trying to be descriptive.

Thank you, honourable Senators, for this opportunity. I am Executive Director of the Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry, formerly the Representation Agreement Resource Centre and Nidus Registry, so we have some history.

I would like to first bring greetings from our president who would have whipped down here if she could. She is Patricia Fulton, some of you may know her; the wife of the late Davie Fulton. Pat is a strong advocate for seniors issues and has provided wonderful leadership to our organization.

Under the umbrella of personal planning are a number of legal tools, but the concept is about planning, hopefully in advance of a serious illness or accident, when you might need help managing your affairs or making decisions. You will hear different terms such as advanced care planning or planning for incapacity. We are using the term "personal planning" as somewhat of a generic term.

We grew our organization, a non-profit charitable organization group out of grassroots law reform effort and VCC. Many of the members of that organization who I know you heard from earlier were part of that law reform too, and people took different areas to develop and focus on. I believe we are the only community-based resource in Canada for the public, devoted to personal planning.

gérant qui ont été faits pour instaurer l'égalité des droits chez les personnes LGTB. Je crois que c'est quelque chose dont les Canadiens devraient être fiers et qui devrait être documenté, pour que nous puissions le communiquer aux générations à venir.

J'espère que le comité sénatorial peut recommander un soutien financier pour les initiatives réservées aux aînés LGTB, surtout les projets qui sont axés sur la représentation, la sensibilisation, l'éducation, la conservation des données historiques et le pont entre les générations de la communauté LGTB. Je crois que cela va dans l'intérêt des aînés LGTB et de l'ensemble du pays, pour que l'on comprenne d'où nous venons et les changements monumentaux qui sont survenus au chapitre des droits des LGTB dans le pays.

J'ai hâte de lire votre rapport final. Merci de votre temps, et je suis heureuse que votre comité m'ait donné l'occasion de parler ici et qu'il ait créé cette tribune visant à discuter de questions qui sont si pertinentes et importantes pour le pays.

La présidente : Merci de nous avoir rappelé que nous avons fait de grands pas, mais qu'il reste encore du travail à faire.

Nous entendrons maintenant Joanne Taylor. Elle représente le Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry.

Joanne Taylor, directrice générale, Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry, à titre personnel : Oui. Nous aimons les grands noms. Nous voulons être précis.

Merci, honorables sénateurs, de m'offrir cette occasion. Je suis directrice administrative du Nidus Personal Planning Resource Centre and Registry, anciennement connu sous le nom de Representation Agreement Resource Centre and Nidus Registry, donc notre histoire est longue.

J'aimerais tout d'abord vous transmettre les salutations de notre présidente, qui se serait empressée de venir ici si elle avait pu. Elle s'appelle Patricia Fulton, certains d'entre vous la connaissent peut-être; c'est l'épouse de feu Davie Fulton. Pat milite fort pour les questions relatives aux aînés et elle a fait profiter notre organisme d'un leadership merveilleux.

Dans le cadre de la planification personnelle, on trouve de nombreux outils juridiques, mais le concept tient à la planification, idéalement en prévision d'une maladie ou d'un accident grave, pour que la personne puisse continuer à gérer ses affaires ou à prendre des décisions. Vous entendrez différents termes comme la planification des soins avancés ou la planification en cas d'incapacité. Nous nous servons du terme « planification personnelle » comme d'un terme général.

Notre organisme, un organisme caritatif sans but lucratif, est né d'un travail de réforme du droit au niveau local et du VCC. Bien des membres de cet organisme, que vous avez entendus précédemment, faisaient partie de cette réforme du droit, et les gens ont pris en main différents secteurs qu'ils ont élaborés et sur lesquels ils ont axé leurs efforts. Je crois que nous sommes la seule ressource communautaire au Canada pour le public qui est dévouée à la planification personnelle.

We help people learn about what opportunities they have to plan and what legal tools they can use, not just the technical part, but also the practical side of it. How do you exercise your authority? Really, you are an advocate on behalf of someone else. We do work closely with many of the organizations here at 411 to make sure that we are reaching out to the general community and bringing that information to everyone.

I am aware of the Senate report on quality end-of-life care and Senator Carstairs' follow-up report in 2005. It is still not there and I echo that here in 2008. I know that it highlighted advanced planning, but I would like to just add a couple points to this.

One is that in our experience, it is not all about end of life and, in fact, we do not want to wait until end of life to engage in this important activity. The Ministry of Health here in B.C. reports that 90 per cent of British Columbians die following a chronic illness or condition. There are many decisions that people might need help with along that journey. We want people to be communicating their wishes and preferences. So if someone should have to step up and act on their behalf, they can do so with full knowledge.

We have something very special called the Representation Agreement. We think other provinces might like to learn about and adopt our tool. We also have enduring power of attorney and those are tools that people can use to authorize somebody to act on their behalf, but there is all that other work that needs to go on.

One of the other points I wanted to make is that I think that there is some tension, perhaps, or area for discussion, around the medical professions' views on whether treatment, resuscitation is futile or not, and the patient's values and self-determination and how do we talk about that. We have, I think, a lot of information from people on that that we would like to share and we would like to encourage that discussion.

Then, and I think it has come up with the previous speakers, there is the situation of people who do not have someone to act on their behalf, and that is an issue for seniors. I think in ways we maybe never imagined. I hope this area, because I believe this is a growing field given the demographics, does not become an industry because I think it is important that the community is involved. Particularly, for people who do not have anyone, that is the community development that we need to do

We have a project in partnership with the B.C. Seniors Advocacy Network to get out into the communities and talk about these issues and to see how we can assist people to develop personal networks, for use of a term, so that they have someone

Nous aidons les gens à connaître quelles possibilités se présentent à eux pour planifier et quels outils juridiques ils peuvent utiliser, pas seulement sur le plan technique, mais aussi en pratique. Comment exercez-vous votre autorité? En fait, vous êtes le représentant de quelqu'un d'autre. Nous travaillons en étroite collaboration avec beaucoup des organisations établies ici au 411 pour nous assurer que nous touchons la collectivité générale et que nous transmettons ces renseignements à tout le monde.

J'ai pris connaissance du rapport sénatorial sur la qualité des soins de fin de vie et du rapport de suivi du sénateur Carstairs en 2005. On n'est toujours pas rendu là, et je le répète maintenant en 2008. Je sais que le rapport mettait en lumière la planification des soins avancés, mais j'aimerais juste ajouter quelques idées à ce sujet.

D'une part, notre expérience nous a révélé que tout n'était pas une question de fin de vie et que, en fait, nous ne voulons pas attendre cette étape pour entreprendre cette activité importante. Le ministre de la Santé en Colombie-Britannique révèle que 90 p. 100 des Britanno-Colombiens meurent d'une maladie ou d'une affection chronique. Ces personnes doivent prendre beaucoup de décisions pendant ce cheminement, et elles ont peut-être besoin d'aide. Nous voulons que les personnes nous fassent part de leur volonté et de leurs préférences. Ainsi, si quelqu'un doit agir en leur nom, il lui sera possible de le faire en pleine connaissance de cause.

Nous avons quelque chose de très spécial qu'on appelle entente de représentation. Nous croyons que les autres provinces aimeraient peut-être connaître et adopter notre outil. Nous avons aussi des procurations perpétuelles, et ce sont des outils que les personnes peuvent utiliser pour permettre à quelqu'un d'agir en leur nom, mais il faut encore accomplir du travail à cet égard.

D'autre part, je voulais souligner que je crois qu'il y a une tension, peut-être, ou place à discussion, au sujet de l'opinion des médecins sur l'intérêt d'un traitement ou d'une réanimation en fonction des valeurs et de l'autodétermination du patient et la façon d'aborder le sujet. À mon avis, nous disposons d'une bonne quantité de renseignements de diverses personnes à ce sujet que nous aimerions partager et nous tenons à favoriser cette discussion.

Ensuite, je crois que les témoins précédents en ont parlé, il y a la situation des gens qui n'ont personne pour agir en leur nom, et c'est un problème pour les aînés. À mon avis, peut-être dans une mesure que nous n'avons jamais même imaginée. J'espère que ce secteur, car je crois qu'il augmente compte tenu de la population, ne deviendra pas une industrie, car je crois qu'il est important que la collectivité participe. En particulier, pour les gens qui n'ont personne; voilà le travail de développement communautaire que nous devons accomplir.

Nous menons un projet en partenariat avec le Seniors Advocacy Network de la Colombie-Britannique qui consiste à aller dans les collectivités, à parler de ces questions et à voir comment nous pouvons aider les gens à mettre sur pied un réseau

that could stand in for them if they cannot speak for themselves and to honour their wishes.

So those are just a few of the brief points and I do appreciate the opportunity and look forward to reading more of your report. Thank you from our president, Patricia Fulton, and myself.

The Chair: Thank you very much and of course you have highlighted a very significant ethical issue, the discussions which are going on between the doctors who, on the one hand, say that they have taken an oath to do no harm, and pressures from families who of course want every single medical step taken, whether in fact it seems to be of value or not of value. That is a discussion we have not even started in this country yet, so thank you for raising it.

Last, but certainly not least, we have Steve Ellis, who does not represent any organization but certainly represents himself. Welcome to the table.

Steve Ellis, as an individual: Thank you. I appreciate the opportunity to talk about something that I think goes to the four pillars that you have here. Actually, five, sorry. This is beginning to sound like Monty Python, is it not? Dignity, independence, participation, fairness and security, and about a particular practice that I saw at a hospice. That is using antipsychotic drugs on people who do not need them simply to take them down several levels and reduce the workload in the building.

This is a reprehensible practice, I think, and most people do not know it even goes on. I did not know anything about it until a very good friend of mine essentially had her personality taken away from her for the last few months of her life while she was in a hospice.

As senators, you can bring a voice to this issue and you can make sure that this sort of indignity is not committed to other people. I am a one-issue guy on this one. This is the use of antipsychotic drugs to essentially take away their personalities to make them just a vegetable on a bed. It is obviously driven by financial pressures within organizations like that, but I do not think that this sort of a violation of their rights can be tolerated and you have the voice to make sure that it does not happen.

The Chair: I want to thank you for that and of course you have identified an issue. I am appalled that it is taking place in a hospice. I know that it takes place in long-term care homes. I was hoping that hospices were different, but thank you for identifying it for us.

This takes me, with my other hat, which was of course my palliative care hat and I can assure you, Mr. Ellis, that I will investigate the occurrence of that within the hospice network within Canada.

personnel, pour réutiliser le terme, afin qu'ils aient quelqu'un qui peut les dépanner si elles ne peuvent plus parler elles-mêmes et respecter leur volonté.

Alors voilà quelques-unes des brèves questions que je voulais aborder, et j'apprécie vraiment l'occasion qui m'est offerte et j'ai hâte de continuer à lire votre rapport. Je vous remercie au nom de notre présidente, Patricia Fulton, et en mon nom propre.

La présidente : Merci beaucoup et, bien sûr, vous avez fait ressortir une question éthique très importante, soit les discussions qui se tiennent entre les médecins qui, d'une part, disent qu'ils ont fait le serment de ne pas faire de mal, et, d'autre part, les pressions des familles qui, bien sûr, veulent que chaque mesure médicale soit prise, même si cela ne semble pas nécessairement utile. C'est une discussion que nous n'avons même pas entamée dans le pays à ce jour, donc je vous remercie d'attirer notre attention sur ce sujet.

Le dernier, mais non le moindre, Steve Ellis, qui ne représente pas un organisme, mais se représente assurément lui-même. Bienvenue.

Steve Ellis, à titre personnel : Merci. Je vous suis reconnaissant de m'avoir donné l'occasion de parler de quelque chose qui, à mon avis, s'inscrit dans vos quatre principes. En fait, cinq, désolé. Je commence à vous faire penser aux Monty Python, n'est-ce pas? La dignité, l'autonomie, la participation, l'équité et la sécurité, ainsi qu'une pratique particulière que j'ai vue dans un hospice. Cela concerne l'administration de médicaments antipsychotiques à des gens qui n'en ont pas besoin, tout simplement pour les rendre amorphes et réduire la charge de travail dans l'établissement.

C'est une pratique répréhensible, à mon avis, et la plupart des gens ne savent même pas qu'elle a cours. Je n'en savais rien, jusqu'au jour où une très bonne amie à moi s'est essentiellement fait dérober sa personnalité pendant les derniers mois de sa vie qu'elle a passés dans un hospice.

En votre qualité de sénateurs, vous pouvez dénoncer ce problème et vous pouvez vous assurer que l'on ne commette plus ce genre de méchancetés envers d'autres personnes. Je milite contre une seule chose ici, et c'est l'utilisation de médicaments antipsychotiques pour essentiellement dérober aux gens leur personnalité et les réduire à l'état de légume cloué au lit. De toute évidence, cela est causé par les pressions financières qui incombent à de tels organismes, mais je ne crois pas que l'on puisse tolérer que les droits des gens soient bafoués de la sorte, et vous avez une voix pour vous assurer que cela ne se produit plus.

La présidente : J'aimerais vous remercier de cela et, bien sûr, vous avez mis le doigt sur un problème. Je suis révoltée d'apprendre que cela se produit dans un hospice. Je savais que l'on faisait ça dans les foyers de soins de longue durée. J'espérais que les hospices étaient différents, mais merci de nous avoir informés de cela.

Cela m'interpelle dans mon autre rôle, qui, bien sûr, est celui des soins palliatifs, et je peux vous assurer, monsieur Ellis, que je vais enquêter sur cette réalité au sein du réseau d'hospices canadiens.

Mr. Ellis: You can probably identify it by the drugs people start to get when they go into these places and if they are given an antipsychotic, like Haloperidol or something, it takes some time for it to take effect. So their family do not really notices perhaps and it is just an appalling, appalling practice. And as a non-family member, I had no control.

The Chair: Thank you for that and I can assure you that this committee may not follow it up because it is kind of outside of our realm, but I will personally follow it up.

The committee adjourned.

M. Ellis : Vous pourrez probablement le reconnaître par les médicaments que l'on commence à administrer à ces personnes lorsqu'ils arrivent dans ces établissements, et si on leur donne un antipsychotique, comme de l'halopéridol ou quelque chose du genre, les effets ne se manifestent pas tout de suite. Ainsi, leur famille ne le remarque pas vraiment, peut-être, et c'est tout simplement une pratique révoltante. Puisque je n'étais pas membre de la famille, je n'avais pas le contrôle.

La présidente : Merci de votre témoignage, et je peux vous assurer que le comité ne pourra peut-être pas assurer de suivi à cet égard parce que cela s'inscrit en quelque sorte à l'extérieur de notre mandat, mais j'en assurerai personnellement le suivi.

La séance est levée.

Wednesday, June 4, 2008 (afternoon meeting)

BC Centre for Elder Advocacy and Support:

Penny Bain, Secretary and Director, Board of Directors.

Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse:

Charmaine Spencer, member of the board.

First Nations Health Council:

Joe Gallagher, Senior Director.

BC Association of Aboriginal Friendship Centres:

Lisa Mercure, Elders Coordinator.

Individuals:

Gregg Schiller, Coordinator, BC Seniors Advocacy Network;

Bonnie O'Sullivan, Social Coordinator, 411 Seniors Centre Society;

Joanne Taylor, Executive Director, Nidus Personal Planning
Resource Centre and Registry;

Steve Ellis.

Le mercredi 4 juin (séance de l'après-midi)

BC Centre for Elder Advocacy and Support :

Penny Bain, secrétaire et directrice, conseil d'administration.

*Réseau canadien pour la prévention des mauvais traitements envers les
aîné(e)s :*

Charmaine Spencer, membre du conseil.

First Nations Health Council :

Joe Gallagher, directeur principal.

BC Association of Aboriginal Friendship Centres :

Lisa Mercure, coordonnatrice des aînés.

À titre personnel :

Gregg Schiller, coordonnateur, BC Seniors Advocacy Network;

Bonnie O'Sullivan, coordonnatrice des activités sociales,
411 Seniors Centre Society;

Joanne Taylor, directrice générale, Nidus Personal Planning
Resource Centre and Registry;

Steve Ellis.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Wednesday, June 4, 2008 (morning meeting)

411 Seniors Centre Society:

Margaret Coates, Executive Director.

Providence Health Care:

Dr. Sharon Koehn, Research Associate, Centre for Healthy Aging.

As an individual:

Eunju Hwang, B.C. Real Estate Foundation Fellow, Simon Fraser University's Gerontology Research Centre.

MOSAIC:

Eyob G. Naizghi, Executive Director.

Progressive Intercultural Community Services Society:

Charan Gill, Chief Executive Officer.

S.U.C.C.E.S.S.:

Alice Choi, Administrator.

Collingwood Neighbourhood House:

Jo-Anne Stephens, Seniors Program Coordinator.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mercredi 4 juin 2008 (séance du matin)

411 Seniors Centre Society :

Margaret Coates, directrice générale.

Providence Health Care :

Dre Sharon Koehn, associée de recherche, Centre pour vieillissement en santé.

À titre personnel :

Eunju Hwang, boursière de la B.C. Real Estate Foundation Université Simon Fraser, Gerontology Research Centre.

MOSAIC :

Eyob G. Naizghi, directeur général.

Progressive Intercultural Community Services Society :

Charan Gill, chef de la direction.

S.U.C.C.E.S.S. :

Alice Choi, administratrice.

Collingwood Neighbourhood House :

Jo-Anne Stephens, coordonnatrice du programme des aînés.

(Continued on previous page)



CA1
YC2
-2006
H33



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Aging

Vieillessement

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Thursday, June 5, 2008

Le jeudi 5 juin 2008

Issue No. 13

Fascicule n° 13

Twenty-fifth and twentieth-sixth meetings on:
Special study on aging

Vingt-cinquième et vingt-sixième réunions concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

* Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

VICTORIA, BRITISH COLUMBIA, Thursday, June 5, 2008
(26)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m., in the Oak Bay room, Victoria Conference Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cordy and Mercer (3).

In attendance: Julie Cool and Karin Phillips, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1.)

WITNESSES:

Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia:

Gudrun Langolf, Director.

B.C. Retired Teachers' Association:

Cliff Boldt, Director;

Reg Miller, Member of the Advocacy Committee.

Family Caregivers' Network Society:

Barbara MacLean, Executive Director.

BC Seniors Living Association:

Seona Stephen, Vice President.

Vancouver Island Health Authority:

Dr. Michael Cooper, Division Head of Geriatric Psychiatry;

Dr. Marianne McLennan, Director, Seniors, End of Life and Spiritual Health.

Saanich Peninsula Health Association:

Lyne England, Chair.

The chair made a statement.

Ms. Langolf and Mr. Boldt each made a presentation and, together with Mr. Miller, answered questions.

At 10:29 a.m., the committee suspended.

At 10:36 a.m., the committee resumed.

The chair made a statement.

PROCÈS-VERBAUX

VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE, le jeudi 5 juin 2008
(26)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle Oak Bay du Victoria Conference Centre, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (présidente).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cordy et Mercer (3).

Également présentes : Julie Cool et Karin Phillips, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Council of Senior Citizen's Organizations of British Columbia :

Gudrun Langolf, directrice.

B.C. Retired Teachers' Association :

Cliff Boldt, directeur;

Reg Miller, membre du comité de parrainage.

Family Caregivers' Network Society :

Barbara MacLean, directrice générale.

BC Seniors Living Association :

Seona Stephen, vice-présidente.

Autorité sanitaire de l'île de Vancouver :

Dr Michael Cooper, chef de division de la psychiatrie gériatrique;

Dr Marianne McLennan, directrice, Aînés, Fin de la vie et santé spirituelle.

Saanich Peninsula Health Association :

Lyne England, présidente.

La présidente fait une déclaration.

Mme Langolf et M. Boldt font chacun un exposé puis, aidés de M. Miller, répondent aux questions.

À 10 h 29, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 36, le comité reprend ses travaux.

La présidente fait une déclaration.

Ms. MacLean, Ms. Stephen, Dr. McLellan, Dr. Cooper and Ms. England each made a presentation and answered questions.

At 12:02 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

VICTORIA, BRITISH COLUMBIA, Thursday, June 5, 2008
(27)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1 p.m., in the Oak Bay room, Victoria Conference Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cordy and Mercer (3).

In attendance: Julie Cool and Karin Phillips, Analysts, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see *proceedings of the committee, Issue No. 1.*)

WITNESSES:

As individuals:

Carol Pickup, South Island Health Coalition;
Judith Cameron, Executive Director, Fairfield Activity Centre;
Dale Perkins, Minister, United Church of Canada, Victoria Presbytery;
Elfreda Schneider;
Judith Johnson.

BC Medical Association:

Dr. Duncan Robertson, Geriatrics and Palliative Care.

The chair made a statement.

Ms. Pickup, Ms. Cameron, Mr. Perkins, Ms. Schneider and Ms. Johnson each made a statement.

At 1:28 p.m., the committee suspended.

At 1:30 p.m., the committee resumed.

The chair made a statement.

Mmes MacLean et Stephen, les Drs McLellan et Cooper, ainsi que Mme England font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 12 h 2, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE, le jeudi 5 juin 2008
(27)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 heures, dans la salle Oak Bay du Victoria Conference Centre, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cordy et Mercer (3).

Également présentes : Julie Cool et Karin Phillips, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

À titre personnel :

Carol Pickup, South Island Health Coalition;
Judith Cameron, directrice générale, Fairfield Activity Centre;
Dale Perkins, ministre du culte, Église Unie du Canada, presbytère de Victoria;
Elfreda Schneider;
Judith Johnson.

BC Medical Association :

Dr Duncan Robertson, Gériatrie et soins palliatifs.

La présidente fait une déclaration.

Mmes Pickup et Cameron, M. Perkins, ainsi que Mmes Schneider et Johnson, font chacun une déclaration.

À 13 h 28, la séance est interrompue.

À 13 h 30, la séance reprend.

La présidente fait une déclaration.

Dr. Duncan Robertson made a presentation and answered questions.

At 2:11 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

Le Dr Duncan Robertson fait une déclaration puis répond aux questions.

À 14 h 11, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

VICTORIA, BRITISH COLUMBIA, Thursday, June 5, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, members of the public, welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging. The committee is examining the implications of an aging society in Canada.

The complex issues related to aging have preoccupied governments for many years. They have become more prominent, however, as the number of seniors grows as a result of both a longer life expectancy and the aging of the baby boom generation. The public programs and services offered to seniors are essential to their well-being, and it is our duty as governments to ensure that there are no gaps in meeting those needs.

We are in Victoria today to hear from interested parties on the impact of an aging society and, more specifically, to hear their views on our second interim report, which was tabled in the Senate on March 11, 2008. The interim report focuses on active aging; older workers, retirement and income security; healthy aging; supports to aging in place of choice; and the regional distribution of health costs associated with aging.

This is the seventh and final stop of our cross-country travels. We look forward to today's testimony, which I am sure will help us to develop a comprehensive set of recommendations for our final report.

While all senators are welcome to recognize the B.C. Retired Teachers' Association, Senator Cordy and I have particular interest since we are both retired teachers.

Our first panel is the Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, represented by Ms. Gudrun Langolf; and representing the B.C. Retired Teachers' Association, we have Mr. Cliff Boldt and Mr. Reg Miller.

Gudrun Langolf, Director, Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia: Thank you for the opportunity to appear before this committee. Unfortunately, Mr. Kube is indisposed and has asked me to stand in for him. Regrettably, his presentation is not available either, so you will have to make do with mine.

TÉMOIGNAGES

VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE, le jeudi 5 juin 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner, afin d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, membres du grand public, je vous souhaite la bienvenue à cette rencontre du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Ce comité est chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Les enjeux complexes liés au vieillissement préoccupent les gouvernements depuis de nombreuses années. Leur importance a toutefois crû depuis que le nombre d'ainés augmente en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la génération du baby-boom. Les services et les programmes publics offerts aux aînés sont essentiels à leur bien-être et il est de notre devoir, en tant que membres du gouvernement, de nous assurer que tous leurs besoins sont comblés.

Nous sommes à Victoria aujourd'hui pour entendre des parties qui s'intéressent aux incidences du vieillissement de la société, et plus particulièrement pour connaître leurs points de vue sur notre deuxième rapport provisoire présenté au Sénat le 11 mars 2008. Le rapport provisoire met l'accent sur le vieillissement actif, sur les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu, sur le vieillissement en santé, sur le soutien offert pour permettre aux gens de vieillir à l'endroit de leur choix et sur la répartition régionale des coûts liés aux soins de santé offerts aux aînés.

Il s'agit de notre septième et dernier arrêt dans le cadre de notre voyage dans tout le Canada. Nous avons hâte d'entendre les témoignages d'aujourd'hui qui, j'en suis sûre, nous aideront à formuler une série détaillée de recommandations pour notre rapport final.

Tous les sénateurs sont heureux d'accueillir l'association des enseignants retraités de la Colombie-Britannique, la B.C. Retired Teachers' Association, mais le sénateur Cordy et moi avons un intérêt particulier puisque nous sommes toutes deux des enseignantes à la retraite.

Dans notre premier tour de table, nous entendrons Mme Gudrun Langolf, qui représente le Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, et MM. Cliff Boldt et Reg Miller, qui représentent la B.C. Retired Teachers' Association.

Gudrun Langolf, directrice, Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia : Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner devant votre comité. Malheureusement, M. Kube est indisposé et il m'a demandé de témoigner à sa place. Je ne peux pas, non plus, vous remettre son exposé. Vous devrez donc vous contenter du mien.

As I found out only last night that I would be here today, I may well be repeating a few of the things that are in your report. Please take that as a confirmation that those are important points.

Senator Mercer: We will.

Ms. Langolf: The Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, COSCO, is an umbrella group of 75 seniors' organizations, which in turn represent approximately 80,000 British Columbians. We are rooted in the trade union movement as a result of retiring workers organizing to better retirement conditions for themselves and their cohorts. We have expanded to include seniors' faith and cultural groups, retirees from all walks of life and even some associations of manufactured-home owners who are retirees.

As your interim report reflects, seniors are hardly a homogeneous group, unless of course the only characteristic you look at is aging. There is no shortage of issues that face elders in our population in general. We are not the only country in the world that has to grapple with changing demographics.

You made some suggestions when we were asked to appear in front of you. I will not read them to you other than to say I have not been able to find many gaps in what people have provided to you so far. That is probably just myopia. What is missing is a recognition that there has to be a comprehensive social policy. It is vital to the health of our society as a whole, not just seniors.

The band-aid or repair service mode of dealing with these issues has negative consequences for our society. Many of the conditions citizens deal with later in life originate from conditions in our early years. One example is elder abuse. The antidote or vaccination against bullying has to start in quality day care and be followed through and reinforced with booster shots throughout life. Eliminating childhood poverty — our grandchildren's — may well be the first step in that direction. Helping children to develop into confident and assertive adults may prevent abuse not only in adulthood but also for elders.

Abuse, I believe, includes ageism. It seems that our society still tolerates humour that denigrates two groups: seniors and lawyers.

Physical fitness is another obvious example. Making it easy and habitual includes reserving green spaces, allotment gardens, parks, physical games throughout school years, adequate and safe bicycle routes — for the physically challenged or seniors, these should accommodate tricycles — hygiene stations with drinking water fountains and, very importantly, public toilet facilities, both rare commodities in our region. I know of individuals who will not take their diuretic medication for high blood pressure on the days that they travel or are away from home for fear of not

J'ai appris hier soir seulement que je serais ici aujourd'hui. Je risque donc de répéter certaines des choses mentionnées dans votre rapport. Tenez pour acquis que je considère ces points comme des points importants.

Le sénateur Mercer : Nous le ferons.

Mme Langolf : Le Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, le COSCO, est un groupe de coordination de 75 organismes d'ânés, qui représentent, à leur tour, environ 80 000 Britannico-Colombiens. Nous avons des racines dans le mouvement syndical puisque les travailleurs à la retraite se regroupent afin d'obtenir de meilleures conditions de retraite pour eux-mêmes et pour leur cohorte. Nous avons ensuite élargi nos activités de façon à inclure des groupes culturels et confessionnels d'ânés, des retraités de tous les horizons, et même des associations de propriétaires de maisons préfabriquées à la retraite.

Comme vous le dites dans votre rapport, les ânés peuvent difficilement être considérés comme un groupe homogène, sauf si le seul critère dont on tient compte est l'âge. Et il ne manque pas d'enjeux auxquels sont confrontés les ânés canadiens en général. Le Canada n'est pas le seul pays au monde à devoir faire face à des changements démographiques.

Vous nous avez fait quelques propositions quand vous nous avez demandé de témoigner. Je ne vais pas les lire; je me contenterai simplement de dire que je n'arrive pas à voir ce qui peut manquer dans ce que les gens vous ont dit jusqu'à maintenant. C'est peut-être juste un problème de myopie. Il y a tout de même un oubli : on doit reconnaître l'importance d'une politique sociale globale. Une telle politique est essentielle pour la santé de notre société en général, et pas seulement pour les ânés.

Le fait que l'on tente de régler les problèmes à l'aide de solutions temporaires ou de dépannage a une incidence négative sur la société. Bon nombre des problèmes que vivent les citoyens âgés ont pris naissance quand ils étaient plus jeunes. Pensons, par exemple, à la violence à l'égard des ânés. Le remède ou le vaccin contre l'intimidation doit commencer par des services de garde de qualité et être suivi et renforcé par des doses de rappel tout au long de la vie. La première étape pour y parvenir pourrait être d'éliminer la pauvreté chez les enfants — nos petits-enfants. Si on aidait les enfants à devenir des adultes confiants et accomplis, on réussirait peut-être à prévenir la violence non seulement chez les adultes, mais aussi envers les ânés.

Selon moi, l'âgisme est une forme de violence. Il semble que, dans notre société, on tolère encore les blagues qui attaquent deux groupes : les ânés et les avocats.

L'activité physique est un autre exemple frappant. Pour que ce soit facile de faire de l'exercice et que ça devienne une habitude, il faut prévoir des espaces verts, des jardins communautaires, des parcs, des activités physiques tout au long du parcours scolaire, des pistes cyclables appropriées et sûres — qui peuvent accueillir des tricycles, puisque certains ânés ou certaines personnes ayant une déficience physique en utilisent — des installations sanitaires qui incluent des fontaines d'eau potable et, surtout, des toilettes publiques, deux éléments très rares dans notre région. Je connais

having an accessible toilet. Nobody wants to talk about the fact that every one of us has to go pee. It just is not a sexy thing to talk about.

The other problem in our area is that there is no such thing as a comfort station in transit areas. If they exist, they are locked, for heaven's sake, and you have to try to find an attendant, who is usually nonexistent. It is a very small item, but it is a significant barrier for people to get out and about in their community. I do not think Vancouver or the Lower Mainland is unique in that, but I do not have any evidence for the others.

When I go on my bike rides, I have to design my route to include some of these health facilities. You cannot be spontaneous. In Vancouver and the Lower Mainland, we can count the public facilities on the fingers of one hand. Construction sites, Johnny-on-the-spots, and accommodating restaurants fill the void. This is not acceptable in a civil society and is a big barrier for people.

When the federal government does cost-sharing on big public transportation projects, they ought to include as a condition of giving that money — our money, actually; you know it is just another pocket — to include bathrooms and up-and-down escalators as well as other accessible ways of getting to and from stations. That ought to be the absolute minimum.

A third example is nutrition. Much of what bedevils us in our dotage may have its origin in an inadequate diet in early years. Eliminating childhood poverty and ensuring that gap families have adequate resources — money and accurate information about nutrition — provides a basic foundation for desirable health outcomes. Ensuring that seniors are able to purchase nutritious food is essential for our well-being. To that is attached food and water security. You cannot separate them out; they go hand in glove.

Agricultural land reserves and holistic, sustainable farming practices are essential for our health and the health of our economy, not just seniors. Ensuring that those engaged in farming are able to earn a decent living is part of that as well. Having access to clean water is still not universal in Canada, and much to our shame there are still too many communities that have to boil water they wish to consume. Rectifying these conditions would have a far-reaching, positive impact on the health of future generations as well as seniors. Seniors with compromised health living in these communities are at serious additional risk, as are other vulnerable individuals.

des personnes qui choisissent de ne pas prendre leurs médicaments diurétiques contre l'hypertension quand elles sont en voyage ou loin de chez elles parce qu'elles craignent de ne pas avoir accès à une toilette. Personne n'aime parler du fait que nous devons tous aller faire pipi. Ce n'est pas un sujet très sexy.

Un autre problème, dans notre région, c'est qu'il n'y a pas de toilette publique dans les lieux de transport. S'il y en a, elles sont verrouillées, bon Dieu, et il faut trouver un préposé qui, bien souvent, brille par son absence. C'est un aspect anodin, mais ça peut devenir un obstacle important et empêcher les gens de sortir et de se déplacer dans leurs collectivités. Je ne crois pas que ce soit un problème propre à Vancouver et au Lower Mainland, mais je ne possède pas d'information sur les autres régions.

Quand je vais me promener à bicyclette, je dois prévoir mon itinéraire en fonction des installations sanitaires. Je ne peux pas partir de façon spontanée. À Vancouver et dans le Lower Mainland, les installations publiques se comptent sur les doigts d'une main. On doit utiliser les chantiers de construction, les toilettes chimiques et les restaurants qui veulent bien nous accueillir pour combler cette lacune. Cette situation n'est pas acceptable au sein d'une société civile, et elle constitue un obstacle important pour bien des gens.

Quand le gouvernement fédéral accepte de payer une partie des coûts d'un grand projet de transport en commun, il doit prévoir une condition avant de donner l'argent — notre argent, soit dit en passant; il sort simplement d'une autre poche — et exiger des toilettes et des escaliers roulants qui montent et qui descendent, ainsi que d'autres façons d'accéder facilement aux stations. Ce doit être un minimum absolu.

Un troisième exemple est la nutrition. Bon nombre des éléments qui nous gênent à un âge avancé peuvent tirer leur origine d'un régime inadéquat des années auparavant. Si on pouvait éliminer la pauvreté des enfants et s'assurer que les familles démunies ont accès à des ressources adéquates — de l'argent et de l'information précise sur l'alimentation — on pourrait commencer à atteindre des résultats souhaitables en matière de santé. Des aliments nutritifs sont essentiels au bien-être des aînés; c'est pourquoi il faut s'assurer qu'ils sont capables d'en acheter. La salubrité des aliments et de l'eau constitue aussi un enjeu connexe. Vous ne pouvez les séparer : ils font la paire.

Des réserves terrestres agricoles et des pratiques agricoles holistiques et durables sont des éléments essentiels d'une économie et d'une vie saines, et pas seulement pour les aînés. Le fait de s'assurer que les personnes qui s'occupent de l'agriculture gagnent décemment leur vie fait partie aussi de tout cela. Il y a encore des gens, au Canada, qui n'ont pas accès à de l'eau propre et, à notre grande honte, un trop grand nombre de collectivités doivent encore faire bouillir l'eau avant de la consommer. Si on corrigeait ces lacunes, on pourrait avoir des répercussions positives d'une grande portée sur la santé des générations à venir et sur celle des aînés. Les aînés qui ont des problèmes de santé qui vivent dans ces collectivités courent des risques supplémentaires graves, tout comme les autres personnes vulnérables.

All the seniors I know are active, physically and mentally. Many of them are active in community institutions and facilities and help relatives and neighbours. I have heard that some seniors suffer in silence. Those are the ones we do not know. This may be because of the stiff-upper-lip conditioning or a paralyzing and perhaps irrational fear of being institutionalized against their will when they become incapacitated in some way or another.

Building age-friendly communities, the terminology of the day, will take more than lip service and will require the coordination and cooperation of municipalities and provinces. The federal government has to provide leadership and some core funding beyond the New Horizons for Seniors grants. They just will not do it.

In my neighbourhood, and this is a typical example, for over 30 years Marpole Place, a refurbished fire hall, provided an adult day centre for elders with a referral from the health authority. This was one of two on the west side of the city of Vancouver. Nine are located on the east side. It serviced about 40 to 50 vulnerable seniors and offered pickup-return service by van, a communal meal, arts, crafts, music, therapeutic services, social interactions, entertainment and outings, and much-required respite for those who care for those seniors, usually family members.

Without any consultation with the community, this service was relocated right across town to a brand new facility that provides what is now called "campus of care." Ostensibly it was relocated because there was no new money to fund both. There was a waiting list on the east side, so they figured they would fix that problem. In order to fix one problem, they created another: a deficit of service to our most vulnerable, services that allowed 40 to 50 seniors to remain in their own homes. That happens with many of the things we try to do in society when the budget is not there. You fix one problem and you create a few others.

The competition by non-profit societies for scarce and ever-shrinking funds to enable them to provide much-needed neighbourhood support is unbelievable. Most spend fruitless hours writing applications for grants, hours they should be spending on direct programs and services. Every time I go to one of these group meetings, the people are talking about how much time is eaten up by grant writing. I think it is just torture by another name.

Tous les aînés que je connais sont actifs, sur le plan tant physique que mental. Bon nombre d'entre eux sont actifs au sein d'installations et d'organisations communautaires et viennent en aide à des parents et à des voisins. J'ai entendu parler d'aînés qui souffrent en silence. Ce sont ceux que nous ne connaissons pas. C'est peut-être parce qu'ils ont été conditionnés à sauver les apparences, parce qu'ils se sentent paralysés, ou peut-être parce qu'ils ont une peur irrationnelle d'être placés en établissement contre leur gré s'ils deviennent invalides d'une façon ou d'une autre.

Pour bâtir des collectivités amies des aînés, comme on dit maintenant, il faudra plus que des vœux pieux, et les municipalités et les provinces devront travailler en collaboration et en coordination. Le gouvernement fédéral devra faire preuve de leadership et offrir du financement de base en plus de la subvention offerte dans le cadre du programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Mais il refuse simplement de le faire.

Je vais vous donner un exemple type : dans mon quartier, il y a la Marpole Place, une ancienne caserne de pompier remise à neuf, qui offre depuis plus de 30 ans un centre de soins de jour pour les aînés aiguillés par un responsable de la santé. Il s'agissait d'un des deux centres de ce type du côté ouest de la ville de Vancouver. Le côté est compte neuf centres. Il offrait des services à environ 40 ou 50 aînés vulnérables et offrait aux aînés d'aller les chercher ou les reconduire en fourgonnette, offrait un service de repas communautaire, des services de thérapie par les arts, l'artisanat et la musique, des activités sociales, des sorties et des divertissements, en plus d'offrir un répit plus que bienvenu aux personnes qui s'occupent de ces aînés, habituellement des membres de leur famille.

Sans même qu'il y ait de consultation dans la collectivité, le service a été déménagé à l'autre bout de la ville, dans de nouvelles installations flamboyantes qui jouent le rôle de ce qu'on appelle maintenant un « complexe de soins ». Visiblement, les services ont été déplacés à un nouvel endroit parce qu'il n'y avait pas assez de financement pour les deux. Il y avait une liste d'attente du côté est, et quelqu'un a pensé que ce déménagement permettrait de régler le problème. En réglant un problème, on en a créé un autre : il n'y a maintenant plus assez de services pour les aînés les plus vulnérables puisqu'on a éliminé les services qui permettaient à de 40 à 50 aînés à continuer de vivre dans leur maison. C'est souvent ce qui se passe quand on tente de faire quelque chose dans notre société, mais que le budget n'est pas là. On règle un problème et on en crée quelques autres.

Les sociétés sans but lucratif vivent une concurrence incroyable pour tenter d'obtenir le maigre financement, de plus en plus limité, qui pourrait leur permettre d'offrir un soutien tellement nécessaire dans leur voisinage. La plupart de ces sociétés consacrent de nombreuses heures perdues à préparer des demandes de subvention, heures qu'elles ne consacrent pas directement aux programmes et services. Chaque fois que je me rends à une rencontre de l'un de ces groupes, j'entends parler de la grande quantité de temps grugé par les demandes de subvention. Je crois que c'est simplement une forme de torture à laquelle on donne un autre nom.

We need a federal housing strategy. Currently the building of residences is developer-driven. Whenever we advocate for a mix of housing that includes social housing within each project, someone is bound to raise the concern that it is too expensive and that we cannot and should not interfere with the free marketplace. We are the marketplace.

We will pay for the consequences of homelessness, not the developers. We will pay for the shoddy workmanship, or leaky condos, first in the high price of the units and then a few years down the line for remediation and, in some cases, even with tax dollars when municipalities have lost lawsuits in relation to that. It is adding insult to injury.

We want you to bring back the co-operative housing model. It was a huge mistake to eliminate it. The consequences are still reverberating around the communities.

When I served on a board of a society that helped groups develop co-operative housing, we were able to qualify bids. We happened to specify that only unionized builders' bids would be considered. To us that meant reputable companies that had a stable workforce, employed qualified trades and trained apprentices, and that they would be around when something went wrong.

In and around 1985, after I had left that sector, they were instructed that the bids could no longer be qualified that way and that they had to accept the lowest bidders, period. Enter numbered companies that dissolve after a project is finished. Lots of leaky buildings. You can see Vancouver is tarp city. It is outrageous.

One building project that I know of in 1985 cost \$3 million to build 54 units — relatively reasonable, good quality, as far as we knew then. It cost \$7 million to remediate. It is outrageous. It is money that we could have spent elsewhere.

This is only one example of an unintended consequence. While not always quite that dramatic, fixing something creates another, usually bigger, problem. Much of what we do as a society in the social realm is tinkering with stuff. That can have dire consequences. If we allowed drug companies to do that with new medicines, we would be in real trouble. Why are we reluctant to do the pilots and small projects that have relatively reasonable, measurable conditions and, if they are good programs, transfer them to a larger scale?

Nous avons besoin d'une stratégie fédérale du logement. À l'heure actuelle, se sont les promoteurs qui dirigent la construction de résidences. On a beau demander un mélange de logements qui inclurait des logements sociaux au sein de chaque projet, il y a toujours quelqu'un pour s'opposer et dire que ça coûte trop cher et qu'on ne peut ni ne doit faire obstacle au marché libre. C'est nous, le marché.

C'est nous qui paierons pour les conséquences de l'itinérance, et non les promoteurs. Nous paierons pour la mauvaise exécution des travaux ou pour des condos remplis de fuite, d'abord en achetant les unités à un prix élevé et, quelques années plus tard, en payant pour les réparations. Dans certains cas, nous paierons même par l'entremise de nos impôts quand les municipalités seront poursuivies à ce sujet et perdront. C'est un comble.

Nous souhaitons que vous rétablissiez le modèle des coopératives d'habitation. Leur élimination a été une grave erreur. On en ressent encore les conséquences dans les collectivités.

J'ai fait partie du conseil d'administration d'une société qui aidait des groupes à mettre sur pied des coopératives d'habitation, et nous pouvions prévoir des exigences pour les soumissions. Nous avons déjà mentionné que nous retiendrions seulement les soumissions de constructeurs syndiqués. Pour nous, il s'agissait de sociétés reconnues dont la main-d'œuvre était stable, qui employaient des apprentis formés et des hommes de métiers qualifiés, et qui seraient disponibles en cas de problème.

En 1985 et autour de cette date, après que j'ai quitté le secteur, on a appris que ce n'était plus permis d'assortir les soumissions de telles exigences et qu'il fallait simplement accepter le soumissionnaire le moins disant, point à la ligne. Il y a eu de nombreuses sociétés à numéros qui se sont dissoutes à la suite d'un projet. Il y a eu beaucoup d'immeubles mal construits. Vous pouvez voir que Vancouver est la ville de la bâche. C'est scandaleux.

Je pense entre autres à un projet de construction qui a eu lieu en 1985 et qui coûtait trois millions de dollars pour la construction de 54 unités, soit un prix plutôt raisonnable pour une bonne qualité — du moins, c'est ce qu'on croyait à l'époque. Il a fallu déboursier sept millions de dollars pour les réparations. C'est scandaleux. Cet argent aurait pu être dépensé pour d'autres choses.

Il s'agit là de seulement un exemple d'une conséquence involontaire. Les conséquences ne sont pas toujours aussi dramatiques, mais le fait de réparer quelque chose entraîne un autre problème, souvent plus important. Ce que nous accomplissons, à titre de société, dans le secteur social, est souvent rabiboché. Cela peut avoir de graves conséquences. Si nous permettions aux sociétés pharmaceutiques d'agir de cette façon avec les nouveaux médicaments, nous serions vraiment mal pris. Pourquoi est-ce que nous hésitons à effectuer des projets pilotes et de petits projets dans des conditions plutôt raisonnables et faciles à mesurer pour ensuite en faire de plus grands projets s'ils se révèlent des projets intéressants?

Recently in *New Scientist* I read about a program in prisons in the U.K. where they had random drug tests for inmates. They caught a whole bunch of people who were smoking weed. After a while they ended up with a whole bunch of addicts who were on heroin, and that was because it was not as detectable as weed. Here something that was relatively harmless — and I mean that advisedly — ended up being a much more harmful situation.

I am not suggesting we are doing that with seniors, with heroin. It is just an example of a well-meant, well-conceived idea, people trying it out. Things we try should be small experiments with measurable results and then applied, when they are effective, to the larger realm rather than throwing everyone into chaos or creating huge programs.

We think that some immediate actions are advisable and could alleviate some of the hardships for our seniors. As a minimum, we recommend increasing the Guaranteed Income Supplement beyond the cost-of-living increase to address rising food costs and housing and transportation costs.

We want to make sure there is secure funding for seniors' programs that focus on seniors helping seniors and build in enough support for administrative assistance. We want more support for health, literacy and prevention programs to be developed and delivered by seniors, again with administrative assistance if required.

We want the tax give-away stopped and the current surplus used to rebuild some of the programs. Axing the literacy program had dire consequences in small communities. What a hare-brained idea that was. It saved so little money and did so much harm. That is just one example.

We want public health care rebuilt and the erosion to private operators stopped. Include dental and extended health plans for services not covered by basic medical plans. It is important not to waste the recommendations of the Romanow commission.

Very important for those of us in the Lower Mainland is to eliminate the onerous 10-year waiting period for immigrant seniors to receive their pensions. It just is inhumane. It cannot be of humongous consequence money-wise to include them. We want you to help provide, fund, support and establish quality licensed day care centre spaces for both adults and children.

J'ai lu, récemment, un article dans *New Scientist* concernant un programme mis en place dans les prisons au Royaume-Uni dans le cadre duquel on effectuait des tests de dépistage de drogue au hasard chez les détenus. Le programme a permis de découvrir qu'un grand nombre d'entre eux fumaient de la marijuana. Après quelque temps, les autorités carcérales se sont retrouvées avec tout un groupe de toxicomanes qui prenaient de l'héroïne parce que cette substance était plus difficile à détecter que la marijuana. Dans ce cas, une situation relativement inoffensive — et je le dis en pesant bien mes mots — s'est transformée en une situation beaucoup plus dangereuse.

Je ne dis pas que c'est ce que nous faisons avec les aînés — avec l'héroïne. C'est simplement un exemple d'une idée bien conçue qui partait d'une bonne intention — de gens qui tentaient d'agir. Nous devrions faire d'abord des expériences limitées dont les résultats sont mesurables puis, si le projet se révèle efficace, l'appliquer à plus grande échelle, plutôt que de précipiter tout le monde dans le chaos ou de créer d'énormes programmes.

Nous pensons que des mesures immédiates seraient utiles et pourraient redresser une partie des torts causés aux aînés. Nous recommandons à tout le moins que le Supplément de revenu garanti fasse l'objet d'une augmentation supérieure à l'augmentation du coût de la vie afin de faire face à l'augmentation du coût de la nourriture, du logement et du transport.

Nous voulons nous assurer d'obtenir du financement pour les programmes destinés aux aînés qui visent l'entraide chez les aînés et qui prévoient un soutien suffisant pour l'aide administrative. Nous voulons davantage de soutien pour que des aînés soient en mesure d'élaborer et d'exécuter des programmes de santé, d'alphabétisation et de prévention, programmes qui profiteraient aussi d'une aide administrative, au besoin.

Nous voulons que les cadeaux fiscaux cessent et que l'excédent actuel soit utilisé pour rétablir certains des programmes. Le fait de mettre la hache dans le programme d'alphabétisation a eu de graves conséquences dans les petites collectivités. Quelle idée stupide! On n'a presque pas épargné d'argent et on a causé tellement de tort. Il ne s'agit que d'un exemple.

Nous voulons que les soins de santé publique soient remis sur pied et que prenne fin l'érosion au profit des exploitants privés. Il faut que les services qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie de base soient couverts par des régimes d'assurance-maladie et d'assurance dentaire complémentaires. Nous devons veiller à ne pas gaspiller les recommandations formulées à la suite de la Commission Romanow.

Ce qui compte beaucoup, pour nous qui vivons dans le Lower Mainland, c'est l'élimination du lourd délai d'attente de dix ans que doivent écouler les aînés immigrants avant de recevoir leurs pensions. C'est simplement inhumain. Je ne peux pas croire que cette mesure permet véritablement d'épargner beaucoup d'argent. Nous voulons que vous aidiez à fournir, financer, soutenir et mettre sur pied des centres de jour accrédités de qualité pour les adultes et les enfants.

As I said earlier, I may have reiterated many of the comments and requests made by other presenters, but the six items I listed are our suggestions for a start while we all try to sort out the environmental and social policies.

The Chair: Thank you for your presentation. You are right, it is an uncomfortable discussion to talk about the fact that people need washrooms. As someone with a husband who has had prostate cancer for ten years, I know intimately exactly what you are talking about. Thank you for putting that on the record.

Cliff Boldt, Director, B.C. Retired Teachers' Association: I am here on behalf of the B.C. Retired Teachers' Association which I will be referring to as the BCRTA. Thank you for inviting us to attend and to present today. We are an organization of approximately 13,000 retired teachers and administrators from the public school system in British Columbia. We also have membership from the post-secondary institutions in the province as well.

We appreciate the opportunity to respond to your interim report. Taking a look at the way you have structured the report, you have really covered the waterfront in terms of the issues. Your interim report provides a very good road map for the federal, provincial and territorial governments to follow. I do not think there is a need to reinvent the wheel. The time is now for good public policy and programs to implement your recommendations.

The main priorities for our organization, and I think for seniors generally, relate to health, housing and income. Those are the three major areas and they figure quite prominently in the recommendations in your interim report.

Senator Carstairs, you mentioned in your opening remarks that the government's responsibility is to ensure there are no gaps in these services. We are hearing through our contacts with other provinces and here in British Columbia that public policy and programs are creating gaps in the services for seniors — big-time, we think.

A major theme in your report is the emphasis on health promotion and disease prevention, the need for adequate nutrition, appropriate physical activity — everybody talks about physical activity and not all of it is appropriate to all people — and good mental health. When disease or illness does strike, there are some costs involved. Pharmaceuticals, for example, can be prohibitive. Some seniors in British Columbia are having to choose between filling a prescription and paying to put food on the table or a roof over their head. Forcing choices like these on seniors is not conducive to promoting a healthy senior population.

You make reference to the cost of pharmaceuticals option 34. In references 4, 6, and 7 in our appendix, we direct your attention to the issues surrounding this and the fact that the cost of

Comme je l'ai dit plus tôt, j'ai peut-être répété bon nombre des requêtes et des commentaires formulés par d'autres témoins, mais les six points que j'ai mentionnés constituent nos suggestions de départ pendant que nous tentons de voir clair dans les politiques sociales et environnementales.

La présidente : Merci de votre exposé. Vous avez raison, nous sommes souvent mal à l'aise quand vient le temps de discuter du fait que les gens ont besoin de toilettes. Mon mari a le cancer de la prostate depuis dix ans; je sais donc très bien ce que vous voulez dire. Merci de le souligner.

Cliff Boldt, administrateur, B.C. Retired Teachers' Association : Je suis ici au nom de la B.C. Retired Teachers' Association, que j'appellerai la BCRTA. Je vous remercie de nous avoir invités à assister à la rencontre et à présenter un exposé. Notre organisation compte environ 13 000 enseignants et administrateurs retraités du système scolaire public de Colombie-Britannique. Nous comptons aussi des membres d'établissements de niveau postsecondaire de la province.

Nous sommes heureux d'avoir la possibilité de réagir à votre rapport provisoire. Compte tenu de la façon dont vous avez structuré le rapport, on voit que vous avez véritablement couvert l'étendue des enjeux. Votre rapport intérimaire trace très bien le chemin pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Je ne pense pas que ce soit utile de réinventer la roue. Il est maintenant temps de mettre en œuvre vos recommandations dans le cadre de politiques et de programmes publics adéquats.

Pour notre organisation, comme pour les aînés en général, je crois, les plus grandes priorités sont la santé, le logement et le revenu. Ce sont les trois aspects principaux, et ils occupent une place de choix dans les recommandations formulées dans votre rapport provisoire.

Sénateur Carstairs, vous avez mentionné, dans votre déclaration d'ouverture, que le gouvernement a la responsabilité de s'assurer que ces services ne comportent pas de lacunes. D'après ce que nous disent nos contacts dans d'autres provinces et ici, en Colombie-Britannique, les politiques et les programmes publics créent des lacunes dans les services aux aînés — et de grosses lacunes, d'après nous.

L'un des thèmes qui prennent le plus de place dans votre rapport est l'importance accordée à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, à l'importance d'une bonne alimentation et à l'importance des activités physiques appropriées — tout le monde parle de l'activité physique, mais ce ne sont pas toutes les activités qui sont appropriées pour tout le monde — et l'importance d'une bonne santé mentale. Quand la maladie frappe, il y a des coûts. Le coût des médicaments, par exemple, peut être prohibitif. En Colombie-Britannique, certains aînés doivent choisir entre faire exécuter une ordonnance ou mettre de la nourriture sur la table ou avoir un toit au-dessus de la tête. Le fait d'obliger des aînés à faire de tel choix ne favorise pas une population aînée en santé.

Vous abordez la question du coût des médicaments dans l'option 34. Nous avons inclus, dans notre annexe, les documents de référence 4, 6 et 7 pour attirer votre attention sur les enjeux à ce

prescription drugs is not keeping pace with the income most seniors have. In the last 10 years, drugs have become the second largest cost in health care in Canada, second only to the cost of hospitals. That is not being recognized in government policy or government programs. You will be having round-table discussions with experts, and they will go into much more detail than I, but it is something that needs to be flagged. Suffice it to say that seniors are concerned with the reluctance of provincial governments to include more generic drugs in their formularies and that the federal government's approach to patent laws is a problem.

A current issue in the area of pharmaceuticals is Bill C-51. Should it pass the House, and I am hoping it will not, this is a good chance for you to give it a sober second look because of the significance it will have for seniors and others who depend on health food products. Bill C-51 would make it that much more difficult for seniors to obtain these products, and their costs will increase.

Another issue related to housing is the issue of home support and home care services. These have declined significantly in British Columbia in the last 10 to 15 years, creating increased pressure on families who are giving this care. We are pleased to see that you have addressed these in various recommendations, as adequate resources in this area can significantly enhance seniors' options for aging in place.

You make some sound recommendations in regard to housing generally. The debate over whether to pay for services for seniors is at an end, because the conclusion is that it is much cheaper to take care of seniors in their own home than it is to put them in a facility.

I am from the Comox Valley here on Vancouver Island. Approximately 35 per cent to 40 per cent of the acute care beds in our hospital are filled by seniors who are waiting for some place else to go, including death in some cases.

Aging in place is not a matter of a selfish desire; it is common sense. It will save provincial, federal and territorial governments money.

Over and over we hear of the benefits to society, to the community, of keeping seniors in their homes as long as possible. It is not good enough to have a homogeneous community; it is really important to have a mix of ages in your community, and keeping seniors in their homes will allow that.

One thing we have in B.C., which I think is unique in Canada, is that people over the age of 55 can defer their property taxes on their principal residence. I am taking part in that program and that has saved me about \$1,700 a year, which I find is a good break.

sujet et sur le fait que le coût des médicaments d'ordonnance augmente plus rapidement que le revenu de la plupart des aînés. Au cours des dix dernières années, les médicaments sont devenus le second poste de dépenses en soins de santé au Canada tout de suite après les hôpitaux. La politique ou les programmes gouvernementaux n'en tiennent pas compte. Vous pourrez organiser des tables rondes avec des spécialistes, et ils vous donneront beaucoup plus de détails que moi, mais je veux tout de même signaler la question. Je me contenterai de dire que le fait que les gouvernements provinciaux hésitent à inclure un plus grand nombre de médicaments génériques à leur formulaire inquiète les aînés, et que la façon dont le gouvernement fédéral aborde la question du droit des brevets constitue un problème.

L'un des problèmes actuels concernant les produits pharmaceutiques, c'est le projet de loi C-51. S'il devait être adopté par la Chambre, ce qui n'arrivera pas, je l'espère, vous aurez l'occasion de l'examiner en toute objectivité parce qu'il aura une grande incidence pour les aînés et les autres personnes qui dépendent des aliments diététiques. Si le projet de loi C-51 devait être adopté, les aînés auraient beaucoup plus de difficultés à obtenir ces produits, et leur coût augmenterait.

Un autre enjeu lié au logement est la question de l'aide à domicile et des services de soins à domicile. Ils ont beaucoup diminué en Colombie-Britannique depuis dix ou 15 ans, ce qui crée une pression de plus en plus grande sur les familles, qui doivent offrir ces soins. Nous sommes heureux de voir que vous avez abordé cette question dans diverses recommandations puisque des ressources adéquates à ce sujet pourraient grandement aider les aînés à faire le choix de vieillir chez eux.

Vous formulez quelques recommandations éclairées concernant la question du logement en général. Le débat concernant la pertinence de payer des services pour les aînés devrait bientôt être clos puisqu'on en est arrivé à la conclusion qu'il en coûte beaucoup moins cher de s'occuper des aînés dans leur propre maison que de les placer en établissement.

Je suis de la vallée Comox, ici, sur l'île de Vancouver. De 35 à 40 p. 100 des lits pour soins actifs de notre hôpital sont occupés par des aînés qui attendent de pouvoir aller ailleurs, ou qui attendent la mort, dans certains cas.

Le fait de vouloir vieillir chez soi n'est pas un désir égoïste; c'est du gros bon sens. Ça permet d'épargner l'argent des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Nous entendons sans cesse parler des avantages, pour la société et pour la collectivité, du fait que les aînés restent chez eux le plus longtemps possible. Une collectivité homogène n'est pas une collectivité idéale; c'est très important de trouver des gens de tous âges dans une collectivité, et le fait que les aînés continuent à vivre chez eux permet d'y parvenir.

Une des choses que nous avons en Colombie-Britannique et qui est, je crois, unique au Canada, c'est que les gens de plus de 55 ans peuvent reporter leur impôt foncier sur leur résidence principale. Je me prévaux de ce programme, et cela me permet d'épargner environ 1 700 \$ par année, ce qui est, à mon avis, une épargne intéressante.

This legislation was brought in by the provincial government about a generation ago, I think sometime in the 1970s. It helps in the sense that real estate prices are going nuts here on the Island and in Vancouver generally, and you are probably hearing about this all across the country. We have serious problems; in some communities in this province, seniors who want to downsize and move into something smaller, to go say from 3,000 square feet to maybe 1,300 or 1,500 square feet, is impossible, because the 1,300 to 1,500 square foot unit is not there, or if it is there it costs more than the sale of their family home. That creates a real problem. In some cases, they go into a facility.

Ms. Langolf mentioned the unintended consequences of the significant budget cuts that came out of the federal budget in 1994 and 1995. We are still feeling a major impact of those on various programs, including health care and infrastructure support for the provinces. These cuts, as well as the issue of prescriptions, need more discussion, and you will probably have this when you meet with your council of experts.

Your interim report also stressed the need for integration of services, and again Ms. Langolf referred to this. The whole integration of services, primarily at the school level, was really big in the 1970s and 1980s. Senator Carstairs will know about some of the community school projects in Winnipeg that were leaders in the province and in some cases still are.

We need integration of seniors' services, a one-stop-shopping concept. This issue has been addressed in many ways in various communities out of need; necessity has created the service. It is important for different agencies and service groups to sit down together to identify what the needs are and to see where they can provide integration of these services.

The lack of integration is due in part to turf wars among professionals. I am sure all of you have experienced or seen this in different ways in your own communities. A federal ministry of seniors would be a good operating model in order to cut through some of the existing duplication of services, whether you are speaking of veterans, for example, or health care being dealt with by different agencies. This again is a common-sense approach you are putting forward in some of your recommendations.

In discussing future policies and programs for seniors, you might want to make reference to the issue related to peak oil. This is the elephant in the room in many cases. If you have been to the grocery store recently, you will notice there has been a significant increase in the cost of your cart full of groceries that you take home. It would behoove the committee to take a look at some of

Cette disposition législative a été adoptée par le gouvernement provincial il y a de cela environ une génération, quelque part dans les années 1970, je crois. Elle est utile parce que les prix de l'immobilier sont devenus complètement fous ici, sur l'Île, et à Vancouver en général, et vous avez sûrement entendu dire que la situation était la même partout au pays. Nous avons des problèmes graves; dans certaines collectivités de la province, les aînés qui souhaitent déménager dans un logement plus petit — disons passer de 3 000 pieds carrés à 1 300 ou 1 500 pieds carrés — ne peuvent pas le faire parce qu'il n'y a pas d'unité de 1 300 ou de 1 500 pieds carrés de disponible ou, s'il y en a, elle coûte plus cher que le prix de vente de leur maison familiale. C'est un véritable problème. Dans certains cas, ces personnes vont vivre en établissement.

Mme Langolf a parlé des conséquences involontaires des importantes restrictions budgétaires effectuées à la suite du budget fédéral en 1994 et en 1995. Nous en ressentons encore les répercussions importantes sur divers programmes, y compris sur les soins de santé et sur le soutien de l'infrastructure dans les provinces. Ces restrictions, de même que la question des ordonnances, doivent faire l'objet de discussions plus poussées, ce que vous ferez probablement quand vous rencontrerez votre groupe de spécialistes.

Vous insistez, dans votre rapport provisoire, sur l'importance de l'intégration des services, que Mme Langolf a aussi mentionnée. La question générale de l'intégration des services, surtout à l'école, faisait l'objet d'un important débat dans les années 1970 et 1980. Le sénateur Carstairs connaît sûrement certains projets d'école communautaire qui ont eu lieu à Winnipeg, qui jouaient le rôle de chefs de file dans la province, et qui le font encore.

Nous devons réussir l'intégration des services aux aînés selon la formule du guichet unique. On s'en est occupé de nombreuses façons dans diverses collectivités selon les besoins : de la nécessité est né le service. Il est important que les responsables de divers organismes et groupes de services s'assoient ensemble pour cerner les besoins et déterminer les secteurs où il est possible d'intégrer les services.

L'absence d'intégration est en partie attribuable aux querelles de territoire entre les professionnels. Je suis certain que vous avez tous vécu cela de diverses façons dans vos collectivités, ou que vous en avez été témoins. Un ministère fédéral des Aînés serait un modèle de fonctionnement qui permettrait de réduire une partie des chevauchements qui existent actuellement entre les services, comme par exemple les services aux anciens combattants ou les soins de santé qui sont administrés par divers organismes. Il s'agit, encore une fois, d'une question de bon sens, que vous intégrez à certaines de vos recommandations.

Quand vous vous pencherez sur les politiques et programmes futurs destinés aux aînés, il vous faudra probablement traiter de la question du pic pétrolier, qui occupe bien souvent toute la place : c'est un peu comme un éléphant au milieu de la pièce. Si vous êtes allé à l'épicerie récemment, vous avez remarqué que le prix de votre panier d'épicerie a beaucoup augmenté. Il faudrait que le

the long-term consequences going 30 to 50 years into the future and consider what will happen with social policy generally and in relation to seniors in particular.

The cost of living is going to increase: housing, transportation, food services to seniors, both public and private. How will governments at all levels adapt? That is a question you cannot answer. However, if you initiate public debate, that would be helpful.

I want to raise one other area that has recently come to my attention. The U.S. government has published a document that details how health and other services will be rationed to seniors and the disabled in the event of a pandemic. They call it "pandemic triage." I have attached in the appendix the relevant document and included the website. You and your staff can take a look at that in more detail later on.

This document represents a significant shift away from what we currently accept as social values and attitudes toward seniors and the disabled. It suddenly puts them on the periphery. That is a debate that you can initiate to get people talking about this. What will happen, in the case of the Island, if we have a major earthquake or pandemic?

I will conclude by advocating for a federal ministry for seniors. This would provide one source of support for seniors as opposed to having to go through a number of ministries to find out exactly where it is they need to get their services. This would also help ameliorate in part what we have seen in the past of either cuts in services or the reduction in resources for services that exist for seniors.

Ms. Langolf is hinting at targeted funding for seniors. I wonder whether the tax policy of the federal government in the last 10, 15 or 20 years and the devolution of powers to the provinces are creating a situation where the federal government is no longer able to influence or even direct where it wants things to go, especially in terms of seniors' services. That is another challenge I throw back into your court.

The Chair: Thank you for your presentation.

Before I turn to the other senators for questions, I thought that there was symbiosis between what Ms. Langolf said and Mr. Boldt's and Mr. Miller's and my profession. We see a situation in which schools are frequently closing, particularly schools in areas in which the population is aging and moving into a suburban area, and it seems to me it is time we used some of those buildings for other resources.

Ms. Langolf talked about day programs for adults. Could you not use three or four classrooms that are not being utilized for school kids for such a day program for seniors and also develop an intergenerational link between the remaining children in that school and the seniors that are in that school? We know there is

comité se penche sur certaines des conséquences à long terme, dans 30 à 50 ans, et examine ce qu'il adviendra de la politique sociale en général et de la politique relative aux aînés en particulier.

Le coût de la vie va augmenter : que ce soit le logement, le transport, la nourriture, ou les services aux aînés, publics ou privés. Dans quelle mesure les divers ordres de gouvernement s'adapteront-ils? C'est une question à laquelle vous ne pouvez répondre. Cependant, la tenue d'un débat public serait utile.

J'aimerais soulever une autre question qui a attiré mon attention récemment. Le gouvernement américain a publié un document qui décrit comment on rationnera les soins de santé et d'autres services pour les aînés et les personnes handicapées en cas de pandémie. Dans ce document, on parle de « triage lors d'une pandémie ». J'ai joint en annexe le document en question ainsi que l'adresse du site web où vous pouvez le trouver. Vous et votre personnel pourrez l'examiner plus en détail plus tard.

Ce document constitue un changement important en ce qui concerne les attitudes et les valeurs sociales auxquelles nous adhérons actuellement en ce qui concerne les aînés et les personnes handicapées. Ces valeurs et attitudes se retrouvent tout à coup mises de côté. Vous êtes bien placé pour engager un débat afin que les gens en parlent. Qu'arrivera-t-il, sur l'Île, si nous vivons une pandémie ou un important tremblement de terre?

Pour terminer, permettez-moi de plaider en faveur de la création d'un ministère fédéral pour les aînés. Un tel ministère permettrait de regrouper en un seul point l'aide aux aînés, ce qui leur éviterait de devoir s'adresser à de nombreux ministères pour découvrir qui offre les services dont ils ont besoin. Cela permettrait aussi d'améliorer ce que nous avons vu par le passé concernant l'abolition des services ou la diminution des ressources pour les services aux aînés existants.

Mme Langolf suggère un financement ciblé pour les aînés. Je me demande si la politique fiscale du gouvernement fédéral pour les dix, 15 ou 20 dernières années et si le transfert des pouvoirs aux provinces font en sorte que le gouvernement fédéral ne peut plus décider à quoi il souhaite que l'argent serve, particulièrement en ce qui concerne les services aux aînés, et qu'il n'a plus aucune influence à ce sujet. Il s'agit d'une autre difficulté que je renvoie dans votre camp.

La présidente : Je vous remercie de votre exposé.

Avant de laisser les autres sénateurs poser des questions, j'aimerais souligner la symbiose qui existe, selon moi, entre les points de vue de Mme Langolf, de M. Boldt, de M. Miller et ce qui se passe dans ma profession. Nous vivons une situation où les fermetures d'école sont fréquentes, particulièrement dans le cas des écoles qui se trouvent dans des régions où la population vieillit et déménage en banlieue, et je crois qu'il serait temps, pour nous, d'utiliser ces immeubles à d'autres fins.

Mme Langolf a parlé de programmes de centre de jour pour les adultes. Ne pourrions-nous pas utiliser trois ou quatre classes qui ne sont pas utilisées par les enfants de l'école pour offrir un tel programme aux aînés, et aussi créer un lien intergénérationnel entre les enfants qui continuent à aller dans cette école et les aînés

frequently a wonderful bond between the first generation and the third generation. Sometimes the same bond does not exist with the second generation. Yet we do not seem to think outside of those boxes. Education buildings belong to the departments of education. Seniors buildings belong to the departments of seniors, if we happen to have one. We do not seem to move.

I would like to hear from you about using facilities in new ways as we are trying to develop new programs.

Ms. Langolf: We attended eco-density discussions at city hall in Vancouver. Everybody is thinking about how to use these facilities.

I am enthusiastic about using public buildings for a variety of uses. I am mindful that it is not a good idea to develop things for people in a prescriptive way that says you have to do something like this or like that. That is an invitation for it not to work. There has to be a different approach to developing community facilities. They may not always be schools; I was talking about an old fire hall earlier.

It is important to look at communities and what members of that community think is appropriate and what they can use and attract to those facilities. That is a longer process.

It seems to me politicians are more and more reluctant to engage in conversations because people come up with good ideas and they have to do away with their preconceived notions of what they want to do. It is a tough situation. I would not want to be a politician for anything in the world.

Your point is well-taken. We should be using these buildings for all sorts of reasons if they are available and spaces are available. We do know about the turf wars Mr. Boldt was talking about, and it has to do with the competition for scarce dollars. You are always in competition. It is unfortunate but reality.

Mr. Boldt: I did not dwell on it in my presentation, but it would be valuable for you to take a look at the division of powers within the federation. I am biased towards a strong central government. I am concerned that the power has shifted to the provinces. Is the federal government now competent, legally and constitutionally able to do what you are suggesting? Education and the disposal of school buildings is a provincial matter.

I often think of an armoured truck as an analogy. The federal government passes a budget and puts X number of dollars in for a seniors program, let us say. That armoured truck goes to the province, and the Ministry of Finance takes a bite because they have to administer this money. It goes to another ministry, and they take another bite. By the time the armoured truck gets to

qui s'y rendent? Comme nous le savons tous, le lien qui unit la première et la troisième générations est souvent merveilleux. Ce lien n'existe pas toujours avec la seconde génération. Nous semblons incapables de sortir des sentiers battus. Les bâtiments scolaires appartiennent aux ministères de l'éducation. Le bâtiment qui s'adresse aux aînés appartiendrait aux ministères des aînés, si nous devons en mettre sur pied. Il me semble que nous sommes immobilisés.

J'aimerais connaître votre point de vue sur la possibilité d'utiliser des installations de façon novatrice à mesure que nous tentons d'élaborer de nouveaux programmes.

Mme Langolf : Nous avons assisté à des discussions sur l'éco-densité qui ont eu lieu à l'hôtel de ville de Vancouver. Tout le monde cherche des façons d'utiliser ces installations.

Je suis enthousiaste à l'idée d'utiliser les bâtiments publics à diverses fins. Je doute toutefois que ce soit une bonne idée de faire les choses de façon prescriptive et de dire aux gens qu'ils doivent agir de telle ou telle façon. Cela risque de mener à un échec. Il faut aborder la question de la bonne utilisation des installations communautaires de façons différentes. Ce ne sont peut-être pas toujours des écoles; j'ai parlé plus tôt d'une ancienne caserne de pompier.

Il faut tenir compte de chaque collectivité et se demander ce que la population de ces collectivités souhaite obtenir, ce qu'elle aimerait faire de ces installations, et les gens qu'elle aimerait y attirer. C'est un très long processus.

J'ai l'impression que les politiciens hésitent de plus en plus à s'engager dans des conversations parce que les gens leur présentent de bonnes idées et qu'ils doivent alors abandonner leurs idées préconçues de ce qu'il faut faire. C'est une situation complexe. Je ne voudrais pour rien au monde être à la place d'un politicien.

Vous soulevez une idée pertinente. Nous devrions utiliser ces bâtiments à toutes sortes de fins puisqu'ils sont disponibles et que des locaux sont libres. Nous sommes conscients des querelles de territoire dont M. Boldt a parlé, et elles s'expliquent parce qu'il faut se battre pour les financements limités. On se retrouve toujours en concurrence. C'est malheureux, mais c'est comme ça.

M. Boldt : Je n'ai pas insisté sur cette question dans mon exposé, mais je pense qu'il serait utile que vous étudiiez le partage des pouvoirs au sein de la fédération. J'ai une partialité envers un gouvernement central solide. Le fait que le pouvoir ait été transféré aux provinces me préoccupe. Le gouvernement fédéral est-il actuellement en mesure, sur les plans légal et constitutionnel, de mettre en œuvre ce que vous proposez? L'éducation et l'utilisation des bâtiments scolaires relèvent des provinces.

J'utilise souvent le camion blindé comme analogie. Le gouvernement fédéral adopte un budget et consacre, disons, un nombre X de dollars à un programme pour les aînés. Ce camion blindé se rend dans la province, et le ministère des Finances en prend une partie parce qu'il doit administrer l'argent. Il se rend ensuite jusqu'à un autre ministère, qui en prend une autre partie.

where it was supposed to go, there is not as much money on the truck as there was when it started out. That is the kind of issue you are in a position to analyze and discuss.

The Chair: You are correct that there has been a devolution of power. It seems to be what the provinces want. Like you, I happen to believe in a strong federation, and I think that view is shared by both senators at this table. However, the Conservative senators are not represented here today. Enough said on that.

Reg Miller, Member of the Advocacy Committee, B.C. Retired Teachers' Association: The coordination is the difficulty. At the provincial level, the government is putting it into the bailiwick of the school boards. The school boards need the money, so they are not willing to give the space away. It ends up being a difficulty for anyone who wants to make use of the facilities because of that.

From the standpoint of seniors, if we had both a provincial seniors ministry with someone looking after that and especially a federal ministry where there could be direction along those lines, it would really help. We do not have that direction right now; everybody is doing their own thing. School boards are doing their own thing. Here they are selling their property; the schools are now becoming condos. That is just adding to the difficulty for seniors, because they are not condos that seniors can afford. As Mr. Boldt mentioned, when you sell your home, you will not get as much as you need to buy an expensive condo in that development.

Coordination is needed at the federal level by a seniors ministry or at least a minister to direct, and it is also needed at the provincial level.

Mr. Boldt: This afternoon you will be hearing from Dr. Marilyn Bater from the Vancouver Island Health Authority, VIHA. It would be interesting to ask her about the role of VIHA in this area of integration of services; they are the bottom line, if you will, in British Columbia. What are they doing to integrate services to ensure there is no duplication?

The Chair: That is exactly why we are speaking with her.

Senator Mercer: Ms. Langolf, you suggested using the current surplus to fix some of the problems that you outlined. I have bad news for you. There is no surplus because of the tax cuts that have been made, the elimination of two points in the GST. I am sure you have invested your two points in the GST wisely and you will be a rich woman some day because of it. That has basically handcuffed this government and any future government.

Quand le camion blindé arrive enfin à destination, il ne contient plus autant d'argent qu'au moment de son départ. C'est ce genre de question que vous devriez analyser et dont vous devriez discuter.

La présidente : Vous avez raison de dire qu'il y a eu un partage des pouvoirs. Il semble que ce soit la volonté des provinces. Je suis comme vous, je crois en une fédération solide, et je crois que les deux sénateurs ici présents partagent ce point de vue. Cependant, il n'y a pas de sénateurs conservateurs à notre table aujourd'hui. Je crois que nous en avons assez dit à ce sujet.

Reg Miller, membre du Comité de parrainage, B.C. Retired Teachers' Association : Ce qui est difficile, c'est la coordination. À l'échelle provinciale, le gouvernement renvoie la balle dans le camp des commissions scolaires. Les commissions scolaires ont besoin de l'argent alors elles n'ont pas envie d'abandonner les locaux. Les personnes qui souhaiteraient utiliser ces installations font donc face à un obstacle.

En ce qui concerne les aînés, s'il y avait un ministère provincial des Aînés dont un des membres s'occuperait de cette question et, plus particulièrement, un ministère fédéral qui formulerait des directives en ce sens, cela serait très utile. À l'heure actuelle, nous n'avons pas ces directives; tout le monde agit en vase clos. Les commissions scolaires agissent en vase clos. Dans le coin, elles vendent leurs propriétés; les écoles deviennent des condos. C'est un autre obstacle pour les aînés puisque ce ne sont pas des condos abordables pour eux. Comme l'a dit M. Boldt, si vous vendez votre maison, vous ne la vendrez pas assez cher pour avoir suffisamment d'argent pour acheter un condo coûteux dans ce lotissement.

Il faut qu'un ministère des aînés à l'échelle fédérale s'occupe de la coordination, ou à tout le moins qu'un ministre fédéral dirige la coordination, et il y a les mêmes besoins à l'échelle provinciale.

M. Boldt : Vous entendrez, cet après-midi, la Dre Marilyn Bater de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver, la VIHA. Ce serait intéressant de l'interroger à propos du rôle de la VIHA dans l'intégration des services. Cet organisme se trouve tout au bout de la chaîne, si vous voulez, en Colombie-Britannique. Et que fait-il pour intégrer les services et s'assurer qu'il n'y a pas de chevauchement?

La présidente : C'est exactement pour cette raison que nous voulons la rencontrer.

Le sénateur Mercer : Madame Langolf, vous avez proposé que l'on utilise l'excédent actuel pour régler certains des problèmes que vous avez décrits. J'ai de mauvaises nouvelles pour vous. Il n'y a pas d'excédent à cause des réductions fiscales qui ont été faites, de la réduction de deux points de la TPS. Je suis sûr que vous avez investi le montant épargné grâce à cette réduction de deux points de la TPS de façon intelligente et que vous serez une femme riche un jour grâce à cela. Cette mesure a essentiellement menotté le gouvernement actuel et tous les gouvernements à venir.

That goes to your point, Mr. Boldt, about the shift in the devolution of power. This is a huge concern. We have not reached a crisis yet, but we are getting close to it. We are seeing a downturn in the economy every day, in all parts of the country. It is very frustrating.

A recent article in *The Chronicle-Herald* from Halifax, my hometown newspaper, quoted the architect of some of this, Mr. Flanagan, saying how it has finally worked and they have finally shifted. He was quite gleeful. I am disgusted by the whole thing.

I was interested in the provincial program you outlined, Mr. Boldt, of deferring local property taxes. Do you know what the takeup is? In the end, when you sell your property or your children sell your property after you are gone, the taxes then need to be paid retroactively. Is there interest on the taxes?

Mr. Boldt: This program is hugely successful. It is used more in the wealthier parts of cities like Vancouver.

I have an application at home on my desk. I fill in a form and take it to a provincial agency in Courtenay, and they issue me a statement that says that my taxes have been paid, for an annual administration fee of \$15. I am currently paying about 3.5 per cent to 4 per cent interest on that money. When the title changes hands, if I give it to my kids, for example, then it is due and payable; or if my wife and I sell and we move into town, which is on our agenda, then they get the first bite out of the money that is paid.

I have been doing this about four years. I think I owe \$4,500 or \$5,000. It is a very simple and useful program. How rich do I want my kids to be when I die? I can use that money today.

Senator Mercer: How much does it cost the municipal governments who are foregoing the tax?

Mr. Boldt: I live in the Comox Valley Regional District. The provincial government cuts a cheque. If I defer \$1,700, for example, a cheque for \$1,700 goes to the regional district. The local governments do not miss out. That money goes to them.

Senator Mercer: The provincial government loses out.

Mr. Boldt: That is why the provincial government charges interest, to pay for the administration.

Senator Mercer: It is going directly to our aging in place?

Mr. Boldt: Yes, it is. It is a unique program in Canada. I think we are the only province that has it.

Senator Mercer: Like everything else in British Columbia, it is unique.

Mr. Boldt: We are also very humble here.

Cela me mène à ce que vous avez dit, monsieur Boldt, à propos du changement dans le partage des pouvoirs. Il s'agit d'une préoccupation importante. Nous ne vivons pas encore une crise, mais cela ne devrait pas tarder. Nous constatons chaque jour un ralentissement de l'économie partout au pays, C'est très frustrant.

Un article paru récemment dans le *Chronicle-Herald* de Halifax, un journal de l'endroit d'où je viens, citait l'un des architectes de tout cela, M. Flanagan, qui disait à quel point la mesure avait enfin porté fruit et que la transition avait finalement été faite. Il n'avait que des louanges. Tout ça me dégoûte.

Le programme provincial que vous avez décrit, monsieur Boldt, concernant la possibilité de retarder l'impôt foncier local, a retenu mon attention. Connaissez-vous le taux de participation? Au bout du compte, quand vous vendez votre propriété ou quand vos enfants vendent votre propriété à la suite de votre décès, l'impôt doit être payé de façon rétroactive. Y a-t-il de l'intérêt sur les montants imposés?

M. Boldt : Ce programme connaît un grand succès. Il est surtout utilisé dans les secteurs nantis des villes comme Vancouver.

J'ai une demande sur mon bureau à la maison. J'ai rempli un formulaire et je l'ai remis à un organisme provincial à Courtenay, et on m'a envoyé une déclaration selon laquelle mes impôts ont été payés en échange de frais d'administration annuels de 15 \$. Je paie actuellement de 3,5 à 4 p. 100 d'intérêt sur le montant de ces impôts. Quand le titre de propriété changera de main, si je donne ma propriété à mes enfants, par exemple, l'impôt est exigible. Si ma femme et moi vendons la maison pour déménager en ville, ce que nous prévoyons faire, ils pourront profiter de la première partie du montant qui a été versée.

Je fais cela depuis environ quatre ans. Je crois que je dois 4 500\$ ou 5 000 \$. C'est un programme très simple et très utile. À quel point est-ce que je veux que mes enfants soient riches quand je vais mourir? Je peux utiliser cet argent aujourd'hui.

Le sénateur Mercer : Combien cela coûte-t-il aux administrations municipales, qui doivent se priver de l'impôt?

M. Boldt : Je vis dans le district régional de la vallée Comox. Le gouvernement provincial émet un chèque. Si je déduis, par exemple, 1 700 \$, un chèque de 1 700 \$ est envoyé au district régional. Les administrations locales ne subissent aucune perte. C'est à elles que va l'argent.

Le sénateur Mercer : Le gouvernement provincial est perdant.

M. Boldt : C'est pourquoi le gouvernement provincial prélève de l'intérêt : pour payer l'administration du programme.

Le sénateur Mercer : Le programme bénéficie directement aux aînés qui vieillissent chez eux?

M. Boldt : Oui, c'est bien ça. C'est un programme unique au Canada. Je crois qu'il n'y a pas que dans notre province qu'un tel programme existe.

Le sénateur Mercer : Il est unique, comme tout le reste en Colombie-Britannique.

M. Boldt : Nous sommes aussi très modestes.

Ms. Langolf: The provincial government does not lose out. It is a deferred payment. Although I think they are crazy, there are many seniors who do not want to take part in the program because they are concerned about there being a tax bite when they want either to leave the property to their heirs or to sell it. Obviously there are different attitudes at play as well.

Senator Mercer: Bringing back the co-op housing program is interesting. There are two styles of co-op programs. There is the style I think you are referring to, which would be co-op housing in a condo-apartment, and there is the other style, which Senator Cordy and I are more used to in Nova Scotia, where single family dwellings are built under a co-op program. The investment of the homeowner was provided through sweat equity; they actually did some of the work in building the home, which meant that they could repair the home later on because, unlike me, they would know how to use a hammer.

Which program were you referring to?

Ms. Langolf: I was talking about the one done by the Canada Mortgage and Housing Corporation. It is my belief that one size does not fit all, that we have to have a large variety of dwellings and options for people, including seniors. Some people are comfortable in apartments. I heard from the housing coordinator, Judith Graves, that some of the folks who live in the Downtown Eastside need to be able to touch their walls when they stretch their hands to feel comfortable and safe.

We need to provide different mixes of housing. Bringing back a co-op housing program would be a good step in that direction.

Senator Mercer: Like Senator Carstairs, I appreciate your comments about the need for public washrooms. I am a man over a certain age and I appreciate the sentiment.

I also thought you hit on an interesting point. This is not the first time we have heard the words "child care" in this Special Senate Committee on Aging. Your comment that the elimination of elder abuse begins in the day care centre is quite a bold statement, and I agree with it.

How do we address that? We have thousands and thousands of child care centres across the country, and I know you are using "child care centre" in a symbolic sense, but it seems to me that there is an opportunity, with so many children are in child care of one form or another, that we should seize on that and talk about building respect for one another and one's elders as well as younger people and one's peers. Do you have a suggestion?

Ms. Langolf: Your questions may be better answered by my cohorts here. Certainly none of it happens overnight. Some of the abuse happens in day care centres as well, so it is not like they are the be-all and end-all. The people who go through training for

Mme Langolf : Le gouvernement provincial n'est pas perdant. C'est un paiement retardé. Même si cela me semble absurde, de nombreux aînés décident de ne pas participer au programme parce qu'ils craignent une ponction fiscale quand ils voudront laisser la propriété à leurs héritiers ou la vendre. De toute évidence, les gens réagissent de diverses façons.

Le sénateur Mercer : La possibilité de rétablir le programme de coopérative d'habitations est intéressante. Il y a deux types de programmes coopératifs. Il y a le type auquel je pense que vous renvoyez, qui consiste en une coopérative d'habitations sous la forme de condos et d'appartements, et il y a l'autre type, auquel le sénateur Cordy et moi sommes plus habitués en Nouvelle-Écosse, selon lequel des maisons unifamiliales sont construites dans le cadre d'un programme coopératif. Ce que les propriétaires ont dû investir, ce sont des efforts : ils ont en fait participé à la construction de la maison, ce qui signifie qu'ils pourront, plus tard, effectuer eux-mêmes des réparations puisqu'ils ne seront pas, contrairement à moi, incapables d'utiliser un marteau.

À quel programme faites-vous allusion?

Mme Langolf : Je parlais du programme de la Société canadienne d'hypothèques et de logements. Je crois, pour ma part, qu'il n'y a pas de solution universelle et que nous devons offrir aux gens, y compris aux aînés, une gamme variée d'unités d'habitation et d'options. Certaines personnes sont à l'aise dans des appartements. Judith Graves, la coordonnatrice du logement, m'a raconté que certaines personnes qui vivent dans le Downtown Eastside doivent être en mesure de pouvoir toucher les murs de leur appartement quand ils étirent leurs bras pour se sentir à l'aise et en sécurité.

Nous devons offrir divers types de logements. Le fait de rétablir un programme de coopérative d'habitations constituerait un pas dans la bonne direction.

Le sénateur Mercer : Tout comme le sénateur Carstairs, j'ai été heureux de vous entendre parler du besoin en matière de toilettes publiques. Je suis un homme d'un certain âge et je comprends ce que vous voulez dire.

Je pense aussi que vous avez frappé dans le mille en ce qui concerne un point en particulier. Ce n'est pas la première fois que nous entendons les termes « garde d'enfants » au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Vous avez dit que, pour éliminer la violence envers les aînés, il fallait commencer par les garderies, ce qui est plutôt audacieux, et je suis d'accord avec vous.

Comment devons-nous procéder? Il y des milliers et des milliers de garderies partout au pays, et je sais que vous utilisez le terme « garderie » dans un sens symbolique, mais il me semble qu'il y a là une occasion à saisir, puisque les garderies de toute forme accueillent un si grand nombre d'enfants, pour renforcer le respect entre les générations, de même qu'entre les aînés et entre les jeunes. Avez-vous une proposition?

Mme Langolf : Mes collègues ici présents pourraient probablement mieux répondre à vos questions. Une chose est sûre, les choses ne peuvent changer du jour au lendemain. Certains cas de violence surviennent aussi dans les garderies, alors

these licences, in B.C. in particular that I know of, are taught about respect for children and how to engender and receive respect in return.

Our suggestion is for quality licensed care. Does that guarantee that everybody will not be a bully? I doubt it, but the chances are smaller.

Mr. Boldt: I have lived long enough to have seen the wheel go around again. What was happening in the 1940s in Saskatchewan where I was born and raised is suddenly happening again. Co-ops were big in the Prairies in the 1930s and 1940s.

The issue of child care and senior care is a need for professionals and government bureaucrats to sit down and talk with each other. It is not rocket science. What we are talking about doing can be done. Sometimes you need a kick in the rear from somebody, and I am suggesting that either the province or the federal government do this, in terms of directed or targeting funding, for example, or making it a condition of receiving the money.

In North Winnipeg, your current Minister of Finance got his start in the 1970s in the community school movement, and he piloted some very interesting programs. At Britannia Secondary School in Vancouver there was an interesting combination where different cultures and different ages came together.

This has all been done before. If you talk to Greg Selinger, he will tell you about this. He is a valuable resource.

I was involved with the community school movement here in B.C. Nobody is beating down my door to get my insight into this. The wheel is there. It is just a matter of someone somewhere saying, "Get with the program, folks."

Senator Cordy: I love your comments about a strong federal government because I feel passionately that if we do not all work together and have a strong foundation or strong central government, it will lead to the weakening of our country.

We have heard about aging in place over and over again. We know that it is a win-win situation. Seniors want to stay in their homes, and for governments it is much cheaper.

We did hear, although I forget where because the days are all starting to blur together, a recommendation that if seniors are to stay in their homes over a certain age, perhaps there should be a federal grant for them to make it more affordable. You have talked about a provincial program where your taxes can be deferred.

What do you think about a federal plan like that to give monthly, quarterly or yearly grants to seniors who are staying in their own homes to help with the mowing of lawns, repairs and

ce n'est pas comme s'il s'agissait de la solution suprême. Les personnes qui suivent une formation pour obtenir un permis, à tout le moins en Colombie-Britannique, selon ce que je sais, reçoivent une formation sur le respect des enfants et sur la façon de susciter du respect et d'en recevoir en échange.

Ce que nous proposons, ce sont des services accrédités de qualité. Serions-nous certains, alors, qu'il n'y aurait plus de violence? Je ne pense pas, mais les risques seraient réduits.

M. Boldt : J'ai vécu assez longtemps pour assister au retour du balancier. Ce qui se passait dans la Saskatchewan des années 1940, où je suis né et où j'ai été élevé, surgit soudainement de nouveau. Dans les années 1930 et 1940, les coopératives jouissaient d'une très bonne réputation dans les Prairies.

La question des garderies et des soins aux aînés est une question dont les professionnels et les administrateurs du gouvernement doivent discuter en collaboration. Ce n'est pas sorcier. Ce dont nous parlons peut être mis en place. On a parfois besoin d'un coup de pied dans le derrière, et je propose que le gouvernement provincial ou le gouvernement fédéral le fasse, par exemple à l'aide d'un financement ciblé ou dirigé, ou en exigeant que les bénéficiaires de l'argent satisfassent à certaines conditions.

Votre ministre des Finances actuel a fait ses premières armes dans les années 1970 dans le nord de Winnipeg, au sein du mouvement des écoles communautaires, et il a mis à l'essai certains programmes très intéressants. À l'école secondaire Britannia de Vancouver, il y a eu un projet intéressant d'associations qui regroupaient des gens de diverses cultures et de divers âges.

Tout cela a déjà été fait. Vous pouvez parler à Greg Selinger; il vous en dira plus. C'est une personne-ressource très utile.

J'ai participé au mouvement des écoles communautaires en Colombie-Britannique. Personne ne vient frapper à ma porte pour obtenir des conseils de ma part à ce sujet. La roue tourne. Il suffit maintenant que quelqu'un, quelque part, dise : « Allez, mettez le programme en place. »

Le sénateur Cordy : J'ai bien aimé ce que vous avez dit à propos d'un gouvernement fédéral solide parce que je crois fermement que, si nous ne travaillons pas tous en étroite collaboration et si nous n'avons pas un fondement ou un gouvernement central solide, notre pays s'affaiblira.

La possibilité de vieillir chez soi est un sujet dont nous avons entendu parler à de multiples reprises. Nous savons que c'est une situation où tout le monde est gagnant. Les aînés souhaitent rester chez eux, et cela coûte beaucoup moins cher aux gouvernements.

On nous a fait part d'une recommandation — je ne me souviens pas, puisque je commence à confondre les jours — selon laquelle, si des aînés qui restent chez eux atteignent un certain âge, ils pourraient avoir droit à une subvention fédérale pour que cela soit plus abordable. Vous avez parlé d'un programme provincial qui permet de retarder votre impôt.

Que pensez-vous d'un programme fédéral de ce type dans le cadre duquel on offrirait, chaque mois, chaque trimestre ou chaque année, des subventions aux aînés qui restent chez eux pour

the like? Those are the things that seniors staying in their homes are finding very challenging. They cannot necessarily do all the home repairs the way they could when they were in their twenties and thirties, so they are having to hire people to do it. Have you thought about that type of a grant system?

Ms. Langolf: I have not thought about such a grant system, but I think it is advisable to try it in a study in significant numbers to see whether or not it is a useful activity. It would not break the bank and would be an important indicator of whether or not that kind of a program is useful to the communities.

I do not think any one suggestion about how people get the resources to pay for the everyday living things is necessarily the answer. If you took 600 to 1,000 households and made them part of a program, you would have the ability to measure success or failure; you would have good indicators about whether or not that is useful.

The Chair: Interestingly, we have such a program. It is called the Veterans Independence Program. It came about because there was going to be a need to build acute care beds and long-term care personal beds for veterans across the country. It was decided to try the Veterans Independence Program in lieu of that, only to discover that the veterans were so happy living within their own communities that they did not need the acute care beds and the long-term care beds. We know that it works. We have done the experiment.

Mr. Miller: Simply having funding is not the answer. There has to be more to it than that.

In some cultures, the family stays together and works together and lives in the same place. We have gotten away from that. We tend to want to build facilities to put seniors in rather than having them stay and age in place. There needs to be both education and coordination so that it is possible to have different age groupings in the house. It is still possible now, but we do not encourage that. Too many seniors see only the alternative, which is to go into some kind of care facility as opposed to having a way that we could have family members or non-family members living in the same place.

As seniors age and space becomes available, we need to have both education and programs to help have others in the same facility. That would help with the situation for accommodation for younger people, which is a problem right now, and it also helps with the senior being able to stay in the home. It is not taxing the government from a monetary standpoint. It is a cultural and educational change that is necessary.

les aider à payer quelqu'un pour tondre la pelouse, faire des réparations et accomplir d'autres travaux de ce type? Ce sont les travaux de ce genre qui posent le plus de difficulté pour les aînés qui restent chez eux. Ils ne peuvent pas toujours s'occuper de toutes les réparations à faire, comme ils le faisaient quand ils avaient 20 ou 30 ans, alors ils doivent embaucher quelqu'un pour le faire. Avez-vous envisagé ce type de régime de subvention?

Mme Langolf : Je n'ai pas pensé à un tel régime de subvention, mais je crois qu'il serait pertinent de le mettre à l'essai dans le cadre d'une étude auprès d'un grand nombre de personnes afin de déterminer s'il s'agit ou non d'un régime utile. Cela n'aurait pas d'importantes répercussions financières, mais on pourrait savoir assez précisément si ce type de programme est utile pour les collectivités.

Je ne crois pas que les suggestions qui ont été faites concernant la possibilité d'offrir aux gens des ressources pour les dépenses quotidiennes constituent tout à fait la solution. Si vous prenez 600 ou 1 000 ménages et que vous les faites participer à un programme, vous êtes en mesure de mesurer la réussite ou l'échec du programme; vous pouvez obtenir de bons indicateurs concernant les éléments utiles et ceux qui ne le sont pas.

La présidente : J'aimerais souligner qu'un tel programme existe. Il s'agit du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Ce programme a été mis sur pied parce qu'on savait qu'il faudrait créer des places pour dispenser des soins actifs et des soins personnels de longue durée aux anciens combattants partout au pays. On a donc décidé de mettre à l'essai le Programme pour l'autonomie des anciens combattants à la place, et on a découvert que les anciens combattants étaient si heureux de pouvoir vivre dans leur collectivité qu'ils n'avaient plus besoin de place en soins actifs et en soins de longue durée. Nous savons que cela fonctionne. Nous en avons fait l'expérience.

M. Miller : Il ne suffit pas simplement d'avoir le financement. Il y a d'autres éléments dont il faut tenir compte.

Dans certaines cultures, les familles restent unies, travaillent ensemble et vivent au même endroit. Nous nous sommes éloignés de cela. Nous avons tendance à vouloir construire des immeubles où vivront les aînés plutôt que de leur permettre de rester et de vieillir chez eux. Il faut offrir de l'éducation et de la coordination afin qu'il soit possible de regrouper des gens d'âges divers à la maison. C'est déjà une solution possible, mais nous ne la favorisons pas. Bon nombre d'aînés ne voient qu'une seule solution possible, c'est-à-dire celle d'aller s'installer dans un établissement de soins de quelque sorte, et on n'envisage pas de façon de regrouper sous un même toit des membres d'une famille ou d'autres personnes.

Puisque les aînés vieillissent et que des locaux deviennent disponibles, nous devons prévoir de l'éducation et des programmes pour aider les gens à vivre sous un même toit. Cela permettrait de régler le problème du logement chez les jeunes, qui existe actuellement, en plus d'aider les aînés à être en mesure de rester chez eux. D'un point de vue financier, cette solution ne constitue pas un fardeau pour le gouvernement. Ce qu'il faut, c'est un changement culturel et un changement dans l'éducation.

Incentives could be put in place by the government in order for that to occur. We do have the caregiver incentives now so that you can have somebody come in and give care, but that is in a business relationship rather than a family relationship. We need to look more at the family relationship so it does not cost as much money. It might also prevent abuse if we had more of the family situation.

From the care standpoint, we have day care for children. Now we need to get seniors out of the house and into programs. We need more community programs like a day care for seniors. There is nothing wrong with day care for seniors where they can go to programs. The community does provide such programs through recreation facilities, but we just do not have enough education and enough push to have seniors go out into the community and into these programs to get out from sitting in the house and wasting away.

Mr. Boldt: I am nervous about a grant. Historically, governments will provide a grant and then say, "We have solved the problem." That may be one part of the program.

In options 24 to 33, you have interesting ways to provide income support for seniors. As Ms. Langolf has mentioned a number of times, one size does not fit all. When you meet with your panel of experts, I would like to see the issue of creativity raised for solving some of these problems with the integration of services.

For me, it is a process more than anything else. People, especially at the local level, are encouraged to talk, to share information and to put together programs. What works in the Comox Valley on Vancouver Island will not work in the east end of Vancouver or in North Winnipeg. The process is the critical thing.

In the 1970s and 1980s, when I was involved with this kind of thing, I found that as soon as you sat down around a table with a whole bunch of people, usually over cinnamon buns or the muffins that the senator is enjoying here, all of a sudden solutions start to pop out. When you break bread with people, solutions will rise to the fore.

Process is critical, if you can get the experts to talk about this and fit it into your final report.

Senator Cordy: Very well said. The point about one size does not fit all is very accurate. I think the idea of flexibility and consultation really does work. Top-down decisions are not always the best.

The idea of family works if family is around. I am from Nova Scotia. Unfortunately, so many of our young people have left to go to work in Alberta. In the rural areas, the seniors are left

Le gouvernement pourrait prévoir des mesures incitatives pour que ces changements soient possibles. Nous avons actuellement les mesures incitatives pour les fournisseurs de soins, ce qui permet de faire venir à la maison une personne qui offrira les soins, mais il s'agit d'une relation d'affaires plutôt que d'une relation familiale. Nous devons plutôt favoriser la relation familiale puisqu'elle coûte moins cher. Nous pourrions aussi prévenir la violence si les familles participaient davantage.

En ce qui concerne les soins, nous avons des garderies pour les enfants. Nous devons maintenant inciter les aînés à sortir de chez eux et à prendre part aux programmes. Nous devons mettre sur pied davantage de programmes communautaires comme les soins de jour pour les aînés. Dans la mesure où les aînés peuvent se rendre aux activités organisées dans le cadre des programmes, les soins de jour ne présentent pas d'inconvénients. Les collectivités offrent des programmes de ce type dans les installations de loisirs, mais l'éducation auprès des aînés et la motivation de ceux-ci ne sont pas assez importantes pour qu'ils sortent de chez eux, où ils perdent leur temps, pour se rendre dans la collectivité afin de participer à ces programmes.

M. Boldt : L'idée d'une subvention m'inquiète. Par le passé, les gouvernements ont offert des subventions puis ont dit : « Nous avons réglé le problème. » Ça peut être une partie du programme.

Dans les options 24 à 33, vous mentionnez des façons pertinentes d'offrir aux aînés un soutien du revenu. Comme l'a mentionné Mme Langolf à plusieurs reprises, il n'y a pas de solution universelle. Quand vous rencontrerez votre groupe de spécialistes, j'espère que vous soulèverez la question de la créativité comme moyen de régler certains de ces problèmes liés à l'intégration de services.

Selon moi, le processus est ce qui importe le plus. On encourage les gens, particulièrement à l'échelle locale, à parler, à échanger des renseignements et à créer des programmes. Ce qui fonctionne à Comox Valley, sur l'île de Vancouver, ne fonctionnera pas nécessairement dans l'est de Vancouver ou dans le Nord de Winnipeg. Le processus est un facteur déterminant de la réussite.

Dans les années 1970 et 1980, à l'époque où je participais à ce genre de processus, j'ai constaté que le fait de s'asseoir autour d'une table avec un groupe de personnes et de manger des brioques à la cannelle ou des muffins, comme celui que le sénateur est en train de savourer, permet à des solutions de faire surface. Quand on casse la croûte avec les gens, les solutions viennent d'elles-mêmes.

Le processus est déterminant. Vous devriez demander aux spécialistes d'aborder cette question et l'inclure dans votre rapport final.

Le sénateur Cordy : Très bien dit. Il est vrai que les mêmes solutions ne s'appliquent pas à tout le monde. Je pense que la souplesse et les consultations donnent vraiment de bons résultats. Les décisions prises par les gens au pouvoir ne sont pas toujours les meilleures.

L'idée de faire contribuer la famille peut fonctionner si la personne âgée a effectivement de la famille. Je suis de la Nouvelle-Écosse. Malheureusement, un grand nombre de nos jeunes ont

behind. Those who have not gone to Alberta are moving to Halifax, to the city. It sounds really good, but as Mr. Boldt has said, the same solutions do not work everywhere.

I will turn now to the pharmaceuticals. You said sometimes generic drugs are not available on a province's formulary. Should we have a national drug formulary so that the same drugs are available in Nova Scotia, Prince Edward Island and British Columbia?

Mr. Boldt: Absolutely.

Senator Cordy: That was easy. You nodded your head, so I assume everyone agrees with that.

As a retired school teacher, I cannot help but comment on literacy. You are right, the insides have been taken out of the literacy programs. You also made the comment that so many of these things you can talk about in relation to seniors but they are programs that start when people are very young. If you cannot read when you are age 16 or 22 or 32, then you will not be literate when you are age 62.

Ms. Langolf: Then you can make the news that you have learned to read when you are 95, as I saw the other day.

Senator Cordy: That would be because of a literacy program that has now been cut.

When you spoke of literacy, you also talked about seniors helping seniors. As we were travelling across the country, we heard the challenges of getting volunteers. Volunteers are getting older. Mr. Boldt made reference earlier to peak oil. The cost of being a volunteer is becoming cumbersome for some people. It is great if you have a good pension plan or if you have saved some money, but if you have not, then to be a volunteer surviving on OAS is almost impossible.

How are you dealing with challenges like that, costs to volunteers, and are you having any challenges getting volunteers in this community?

Ms. Langolf: We are used to hearing about the baby boom tsunami coming. I want to make sure people understand that old people are not a disaster; we are not a destructive force.

I am part of the baby boom. I have been retired now for five years. Every one I know is active in the community because they still have some energy. Other folks who have been there before are burning out. You are right: it is difficult to sustain volunteer energy.

We should not expect volunteers to provide services that really ought to be provided by folks who are being paid. There are things that are not appropriate for volunteers to do or that we should not be expecting to download.

quitté la province pour aller travailler en Alberta. Dans les régions rurales, les personnes âgées ont été laissées derrière. Les gens qui ne sont pas partis en Alberta se sont installés en ville, à Halifax. En théorie, c'est une bonne idée, mais, comme M. Boldt l'a dit, certaines solutions ne peuvent pas être appliquées partout.

Je vais maintenant me pencher sur les médicaments. Vous avez dit que les médicaments génériques ne sont pas toujours disponibles dans le formulaire de la province. Devrait-on avoir un formulaire pharmaceutique national pour que les mêmes médicaments soient disponibles en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Colombie-Britannique?

M. Boldt : Certainement.

Le sénateur Cordy : Vous n'avez pas hésité une seconde. Les autres ont hoché la tête. Je présume donc que tout le monde est d'accord avec vous.

En tant qu'enseignante à la retraite, je dois faire un commentaire sur l'alphabétisation. Vous avez raison. Les programmes d'alphabétisation ont tout perdu. Vous avez également affirmé qu'un grand nombre de ces problèmes liés aux personnes âgées commencent à un très jeune âge. Si vous n'êtes pas capable de lire à 16, 22 ou 32 ans, vous serez toujours analphabète à l'âge de 62 ans.

Mme Langolf : Et si vous apprenez à lire à 95 ans, vous pouvez faire les actualités. J'ai vu cela l'autre jour.

Le sénateur Cordy : C'était grâce à un programme d'alphabétisation qui n'existe plus.

Quand vous avez parlé de l'alphabétisation, vous avez également dit que les aînés doivent s'entraider. Pendant nos séjours dans diverses régions du pays, nous avons entendu parler du défi que constitue le recrutement des bénévoles. Les bénévoles vieillissent. Tantôt, M. Boldt a parlé du pic pétrolier. Certaines personnes ne peuvent plus se permettre de faire du bénévolat. Vous pouvez continuer d'aider les gens si vous avez un bon régime de pensions ou que vous avez mis de l'argent de côté, mais, sinon, il est presque impossible d'être bénévole seulement avec la SV.

Comment relevez-vous les défis comme ceux-là, c'est-à-dire les coûts pour les bénévoles, et avez-vous de la difficulté à recruter des bénévoles dans la collectivité?

Mme Langolf : Nous entendons souvent dire que le tsunami du baby-boom nous frappera bientôt. Je veux faire comprendre aux gens que les vieillards ne sont pas une catastrophe; nous ne sommes pas une force destructive.

Je fais partie du baby-boom. Je suis à la retraite depuis cinq ans. Tous les gens que je connais sont actifs dans la collectivité parce qu'elles ont encore de l'énergie. Certaines personnes l'ont déjà été, mais sont à bout de force. Vous avez raison; il est difficile pour les bénévoles de conserver leur énergie.

Nous ne pouvons pas demander aux bénévoles de fournir des services qui devraient manifestement être fournis par des salariés. Certaines activités ne sont pas appropriées pour les bénévoles, et nous ne devrions pas nous attendre à ce qu'ils le fassent.

There are no easy answers, as you probably know from what people have been telling you. Groups like COSCO put on programs provincially for trainers. Those are all done by volunteers. I suspect one of the reasons Mr. Kube could not be here today is because he is doing a lot. We are trying not to follow that example.

Programs by volunteers are very important because people can feel useful and productive in a way that they might not be able to in the workforce. You can pick and choose. Sometimes you cannot do that when you are working. Your boss may not appreciate it.

It was suggested that people get a credit for volunteering. I have a bit of a problem with that. We have not really discussed it as a group to a degree that I can say that that is something we would encourage. The difficulty with that is the whole business of charity and how one deals with charity. Is charity anonymous?

In our society, it is bizarre that people can give hundreds and thousands of dollars and get tax receipts for that, while others work their fingers to the bone and get nothing. How do you deal with that? I do not have an answer for it. However, recognizing it and discussing it is very important. Perhaps a combination of things, including making some services available free of charge to people who volunteer rather than a grant or money.

Senator Cordy: It is easier to write a cheque than to volunteer 20 hours a week.

Ms. Langolf: Some people do not have the time because they are so busy making that money. That happens, too.

Senator Cordy: We need both.

Ms. Langolf: In our organization, we have people who have relatively good resources and those who are terribly poor.

Mr. Miller: That is where the credit could come in to help people because of the rising gas costs and all the rest of it.

As an educator, I come back to the fact that we need to ask seniors to help seniors. There needs to be a simple asking process, and we need to educate people that helping someone else helps yourself. The volunteering process can be very beneficial for seniors in many different ways, but they need to be asked sometimes.

If not, an incentive like a credit for volunteering time could be useful. I do not look at it as payment but as a recognition of the time. It is not like you will pay for the volunteerism, but you will give them recognition. Maybe not a credit; there may be some

Il n'y a pas de réponses faciles comme vous avez probablement pu le constater quand vous avez entendu les gens parler de ce problème. Les groupes comme le COSCO mettent en œuvre des programmes provinciaux pour les formateurs. Ces programmes sont tous mis en œuvre par des bénévoles. Je soupçonne que l'une des raisons pour lesquelles M. Kube n'a pas pu comparaître aujourd'hui, c'est parce qu'il est très occupé. Nous essayons de ne pas suivre cet exemple.

Les programmes gérés par des bénévoles sont très importants parce qu'ils peuvent permettre aux gens de se sentir utiles et productifs, ce qui ne serait peut-être pas possible sur le marché du travail. Vous pouvez choisir ce que vous voulez faire. Parfois, cela n'est pas possible quand vous travaillez. Votre patron ne l'apprécierait pas.

On a suggéré que les gens obtiennent un crédit pour le bénévolat. Cette idée me pose problème. Notre groupe n'en a pas vraiment discuté suffisamment pour que je puisse dire qu'il s'agit d'une mesure que nous favorisons. Le problème est lié au domaine de la charité et à la manière dont on le perçoit. La charité est-elle anonyme?

Dans notre société, il est bizarre que les gens puissent donner des centaines et des milliers de dollars et recevoir, pour cela, des reçus aux fins de l'impôt. Pendant ce temps, il y a des gens qui travaillent d'arrache-pied et qui ne reçoivent rien. Comment règle-t-on ce problème? Je n'en ai aucune idée. Cependant, il est très important de le reconnaître et d'en discuter. Peut-être pouvons-nous adopter une combinaison de mesures, et, par exemple, rendre certains services disponibles gratuitement aux bénévoles, plutôt que leur verser une subvention ou de l'argent.

Le sénateur Cordy : Il est plus facile de signer un chèque que de donner 20 heures de son temps chaque semaine.

Mme Langolf : Certaines personnes n'ont pas le temps de faire du bénévolat parce qu'elles sont tellement occupées à faire de l'argent. Cela aussi est possible.

Le sénateur Cordy : Nous avons besoin des deux.

Mme Langolf : Dans notre organisation, il y a des gens qui sont assez aisés et d'autres qui sont très pauvres.

M. Miller : Dans ce cas, le crédit pourrait aider les bénévoles à assumer l'augmentation des coûts de l'essence et tout ce qui s'ensuit.

En tant que pédagogue, j'aimerais revenir sur le fait que nous devons demander aux personnes âgées de s'entraider. On doit simplement mettre en œuvre un processus simple pour leur demander cela et leur montrer qu'en venant en aide aux autres, ils s'aident eux-mêmes. Le processus de bénévolat peut être très bénéfique pour les aînés, pour diverses raisons. Néanmoins, on doit parfois leur demander d'y participer.

Sinon, une mesure incitative comme un crédit pour les heures de bénévolat pourrait être utile. Je considère ce crédit non pas comme un paiement, mais comme une manière de reconnaître que ces personnes ont donné de leur temps. Ce serait une manière non

other way you can have the recognition. A lot of it comes down to education and simply asking.

Mr. Boldt: If every volunteer in the Comox Valley stayed home tomorrow, the Comox Valley would grind to a halt. What would happen then?

Volunteerism is saving government money. If you take it from that perspective, then you might appeal to those interested in the bottom line, those who want to reduce the size of government as much as possible.

With peak oil in the Comox Valley at \$1.35 a litre, Meals on Wheels, for example, is having a very hard time getting drivers because the drivers do not have deep pockets and they are putting on 40, 50 or 60 kilometres in one run in one day. That is a problem.

Considering volunteerism from the point of view of the economy and the economic savings to society and government from having a strong volunteer program, let us look at ways to support volunteer programs.

Mr. Miller: I have to tell Mr. Boldt that the price of gas went up by 7 cents since he left yesterday; it is \$1.46.

Mr. Boldt: On July 1 we get to pay another 2.5 per cent on a carbon tax. I am getting a \$100 cheque from Mr. Campbell at the end of this month. I am dying to get that and spend it. That is a political shot. My apologies.

Senator Cordy: We made a few, too.

Ms. Langolf, you talked about the writing of grants. We have heard this over and over again. Agencies have to be accountable. We all understand that. However, it should not be that everybody is trying to put one over on the government.

How do we simplify things so it does not take a staff person two full days of the week to write a grant proposal? We heard somebody say that 50 per cent of their time is spent looking for grants that are available, because it is difficult to access what is out there, and then filling out the application forms, which we have heard are quite thick.

Ms. Langolf: There are times when I despair about the industries that grow up around things that are being instituted. You have the industry of fundraising, you have the industry of age, of seniors, you have all kinds of industries around poor people. I do not know how you can dismantle those, but I think they hinder the programming or services that need to be provided. It is time that government got back into the direct business rather

pas de payer les bénévoles, mais plutôt, de reconnaître leur contribution. Peut-être qu'un crédit n'est pas la meilleure solution; il y a probablement d'autres manières de montrer notre reconnaissance. En gros, il s'agit d'une question de sensibilisation, et il faut simplement demander aux gens de s'entraider.

M. Boldt : Si tous les bénévoles de Comox Valley restaient chez eux demain, les activités de la ville cesseraient. Que se passerait-il alors?

Le bénévolat permet au gouvernement de réduire ses dépenses. Si l'on adopte ce point de vue, on peut peut-être réussir à rallier tous ceux qui ne s'intéressent qu'à l'argent et qui veulent réduire la taille de l'appareil gouvernemental le plus possible.

En raison du pic pétrolier, l'essence se vend à 1,35 \$ le litre à Comox Valley. L'organisation Meals on Wheels, par exemple, a beaucoup de difficultés à trouver des chauffeurs parce que ces derniers n'ont pas la bourse bien garnie et doivent parcourir 40, 50 ou même 60 kilomètres par jour. C'est un problème.

Sur le plan économique, le bénévolat et les bons programmes de bénévolat permettent à la société et au gouvernement d'épargner de l'argent. Examinons donc les manières dont on peut venir en aide aux programmes de bénévolat.

M. Miller : J'aimerais dire à M. Boldt que le prix de l'essence a augmenté de 7 cents depuis qu'il est parti hier; le litre d'essence se vend maintenant à 1,46 \$.

M. Boldt : Le 1^{er} juillet, nous paierons 2,5 p. 100 de plus sous forme d'une taxe sur les combustibles fossiles. M. Campbell remettra un chèque de 100 \$ à la fin du mois. J'ai hâte de le recevoir et de le dépenser. C'est une pointe que je lance à nos politiciens. Je suis désolé.

Le sénateur Cordy : Nous en avons lancé quelques-unes nous aussi.

Madame Langolf, vous avez parlé de la rédaction de demandes de subventions. C'est un sujet dont nous avons entendu parler à maintes reprises. Les organismes ont des comptes à rendre. Nous comprenons tous cela. Cependant, tout le monde n'essaie pas de tromper le gouvernement.

Comment pouvons-nous simplifier le processus pour qu'un membre du personnel n'ait pas à consacrer deux jours complets de sa semaine de travail à la rédaction d'une demande de subvention? Quelqu'un nous a dit qu'il consacrait 50 p. 100 de son temps à chercher des subventions parce qu'il est difficile d'obtenir les fonds qui sont offerts et de remplir les formulaires de demande, qui, selon ce que l'on nous a dit, sont très épais.

Mme Langolf : Je suis parfois découragée quand je constate que la situation a donné naissance à de nombreuses industries. Il y a l'industrie de la collecte de fonds, l'industrie du vieillissement et des services aux personnes âgées, et il y a toutes sortes d'industries liées aux pauvres. Je ne sais pas comment on pourrait s'en débarrasser, mais je pense qu'elles nuisent aux programmes et aux services qui doivent être offerts. Le gouvernement doit

than downloading it all on to societies, all these private groups that start out well-intentioned.

The other day I was talking to somebody in a seniors' group in New Westminster. I asked how many people are working in their office now, and the response was 10 people: they have grown from 1 to 10.

After a while you need to spend more time on the care and feeding of the organization, and it takes away from what you wanted to do. People are not doing this because they are nasty. It is just a natural phenomenon.

It is important for governments to get back into the direct provision of services. Right now they put on courses on how to apply for funding, for heaven's sakes. That is not helpful. That takes another day out of my week. It does not work. It does not help me. It does not help the community.

It is a double-edged sword. Yes, we want that money; yes, we need that money. Otherwise, we cannot do what the community would like to do. It is time for governments to get back in directly. It just does not work otherwise; it is inefficient.

It is like building campuses of care, for example, where they have adult day centres, assisted living and long-term care, and the one where you kick the bucket, palliative care, all four under one roof. You do not have to move very far; you can just go down the road and there they are. However, they have downloaded the inefficiencies. We all have to drive there now, including the workers and the families that visit the seniors. These facilities are usually not in the community; they are at the edge of town. If you go out on the highway here, you will see Delta View Habilitation Centre, which is a compound for people who are old and have Alzheimer's. It is difficult.

It is easy for us to think that when we consolidate things they really are much better. Governments have to get back into providing some of these services. Otherwise, we are inefficient with the way we spend our time, and it takes away from the programs.

We hear over and over again from the politicians that the cupboards are bare. I think that is the terminology they use. It depends on your priorities.

Mr. Miller: I agree that there needs to be government involvement. I mentioned before that we need a minister and a ministry for seniors to coordinate this so that there are not so many different programs and you have to make application to all of them.

The idea that you need to hire a professional grant-application writer to submit grant applications for you is causing the problem; you almost have to get a grant to hire somebody to

maintenant se charger lui-même de cette affaire, plutôt que de recourir à toutes ces sociétés et à tous ces groupes privés qui avaient, à l'origine, de bonnes intentions.

L'autre jour, j'ai parlé à un membre d'un groupe de personnes âgées à New Westminster. Je lui ai demandé combien de personnes travaillent actuellement dans leur bureau, et il m'a répondu qu'ils étaient dix; ils sont passés d'un employé à dix.

À un moment donné, on doit consacrer plus de temps à la préservation et à la croissance de l'organisation, ce qui fait en sorte que l'on passe moins de temps à réaliser le but premier de l'organisme. Les gens ne font pas cela parce qu'ils sont méchants. Il s'agit d'un phénomène naturel.

Il est important que les gouvernements retournent à une prestation de services plus directe. On peut maintenant suivre un cours sur les manières de demander du financement. C'est insensé. Ce n'est pas utile. C'est une autre journée de ma semaine qui y passe. Cela ne fonctionne pas. Je n'ai pas besoin de ça, et la collectivité, non plus.

C'est une arme à deux tranchants. Oui, nous voulons de l'argent; oui, nous avons besoin d'argent. Sans argent, nous ne pouvons pas réaliser tout ce que veut la collectivité. Les gouvernements doivent participer à ces efforts directement. Le système ne fonctionne tout simplement pas autrement; il est inefficace.

Les complexes de soins en sont un exemple. On y regroupe les centres de jour pour adultes, les résidences pour personnes autonomes, les soins de longue durée et les soins palliatifs, où l'on rend l'âme, sous un même toit. On n'a pas à aller très loin; on suit le chemin et on trouve. Cependant, le gouvernement s'est déchargé de cette responsabilité, et ce qui en résulte est un système inefficace. Maintenant, on ne peut s'y rendre qu'en voiture, et c'est le cas des travailleurs aussi bien que des familles qui rendent visite aux personnes âgées. Ces installations ne sont habituellement pas situées dans la collectivité; elles sont en bordure de la ville. Si vous prenez l'autoroute, vous verrez le Delta View Habilitation Centre, qui est un complexe pour les aînés atteints de la maladie d'Alzheimer. C'est difficile.

Il est facile de croire que le regroupement améliore les choses. Les gouvernements doivent recommencer à fournir certains de ces services. Sinon, nous utilisons notre temps de manière inefficace, et cela nuit aux programmes.

Les politiciens ne cessent de répéter que les placards sont vides. Je pense que c'est l'expression qu'ils utilisent. Cela dépend de nos priorités.

M. Miller : Je pense moi aussi que le gouvernement doit en faire davantage. J'ai mentionné que nous avons besoin d'un ministre et d'un ministère des personnes âgées, qui s'occupera de coordonner ces services afin qu'il n'y ait pas autant de programmes différents et qu'on n'ait pas à présenter des demandes auprès des responsables de chacun d'entre eux.

Le fait que vous ayez besoin d'embaucher un professionnel pour rédiger vos demandes de subventions vous pose problème; vous avez presque besoin d'une subvention pour embaucher

do the grant to help you get the grant. By the time you go through the process, you have used up quite a bit of money. You are in competition, so you want to do that. That is what is happening now with the little industries: people are setting themselves up as grant applicators, and of course they want money to do that.

The process is evolving the wrong way. Instead of less money and time spent applying for the grants, more time and more money are required to get the grants in the first place.

Senator Mercer: Senator Carstairs said I am not a teacher, but I have been a fundraiser all my life and that was my profession before I came to the Senate. When I became a fundraiser back in the 1970s, I did it all. I did whatever needed to be done. I am a certified fundraiser.

Now there are groups of people who are grant writers. That is what has happened to the profession. Some people specialize in that and others specialize in planned giving. The business has become much more sophisticated.

I go back to something Ms. Langolf mentioned in her presentation, that to fix one problem the government usually creates another. I made a note to myself that that is what governments do. The issue is how do we take this opportunity. Senator Cordy was speaking of integration. How do we get this integration going?

We continue to look for good examples. We have found some across the country, which we will be writing into our report on best practices. Are there any other examples of where this does work? It has to work at some point.

Ms. Langolf: I do not have any other brilliant examples of how that might work. It is important for us to set up some pilots. That is essential. We need to risk failing as well as succeeding. We could be getting people together from the provincial and municipal governments.

With respect to the Vancouver Gateway Program, my MLA, Stephen Owen, worked with three levels of government. It seems to work for some projects. There is no reason we cannot put our heads together and find a project or two where we can see how integration can happen and what kinds of things we might want to integrate.

I hesitate to talk about experts because I think seniors are experts. That is no disrespect to people who are in professions, but generally speaking there is a lack of looking at things comprehensively. People look at the piecemeal stuff, which is understandable because that is their area of specialty. We lose the sense of the overall and how it all works together.

quelqu'un pour remplir la demande de subventions qui vous permettra d'obtenir la subvention. Au bout du compte, quand le processus est terminé, vous avez dépensé beaucoup d'argent. Vous avez de la concurrence, alors vous n'avez pas le choix. C'est ce qui se passe maintenant avec les petites industries; les gens se proposent comme demandeurs de subventions et, bien sûr, ils veulent qu'on les paie.

Le processus n'évolue pas dans le bon sens. Au lieu de gagner du temps et de l'argent en demandant des subventions, le processus de demande nous fait perdre du temps et de l'argent.

Le sénateur Mercer : Le sénateur Carstairs a dit que je ne suis pas enseignant, mais j'ai été collecteur de fonds toute ma vie, et c'est ce que je faisais avant d'arriver au Sénat. Quand je suis devenu collecteur de fonds dans les années 1970, je faisais un peu de tout. Je faisais tout ce qu'il fallait. Je suis un vrai collecteur de fonds.

Maintenant, il y a des groupes de gens qui sont des demandeurs de subventions. C'est la direction qu'a prise la profession. Certaines personnes se spécialisent là-dedans, et d'autres se spécialisent dans les dons par anticipation. Le domaine s'est beaucoup spécialisé.

J'aimerais revenir sur quelque chose que Mme Langolf a dit pendant son exposé. Le gouvernement, quand il veut régler un problème, en crée habituellement un autre. J'ai moi-même remarqué que les gouvernements font ça. Le problème consiste à déterminer comment nous réglerons le problème. Le sénateur Cordy a parlé d'intégration. Comment allons-nous réaliser cette intégration?

Nous continuons de chercher de bons exemples. Nous en avons trouvé partout au pays, et nous en rendrons compte dans notre rapport sur les pratiques exemplaires. Y a-t-il d'autres exemples de réussites? Il doit y en avoir.

Mme Langolf : Je n'ai pas d'autres exemples percutants de la façon dont cela pourrait fonctionner. Il est important que nous mettions en œuvre des projets pilotes. Cela est essentiel. Nous devons prendre des risques si nous voulons réussir. Nous pourrions rassembler des gens des gouvernements provinciaux et des administrations municipales.

En ce qui concerne le Vancouver Gateway Program, mon député à l'assemblée législative, Stephen Owen, a travaillé de concert avec des représentants des trois ordres de gouvernement. Cela semble fonctionner pour certains projets. Il n'y a aucune raison pour laquelle nous ne pourrions pas mettre nos idées en commun et trouver un ou deux projets qui nous permettraient de déterminer comment nous réaliserons cette intégration et quels services nous voulons intégrer.

Je n'aime pas utiliser le terme « spécialistes » parce que je pense que les aînés sont les spécialistes. Je ne veux pas manquer de respect à l'égard des professionnels, mais, en général, ces derniers ont de la difficulté à voir les choses dans leur contexte. Ils s'attardent aux détails, ce qui n'est pas difficile à comprendre puisqu'ils se spécialisent dans ces détails. Toutefois, cela ne permet pas d'avoir un aperçu global de la manière dont les choses fonctionnent.

I would like to see more seniors here, although some of us probably qualify. Unfortunately, I have not looked at all of the submissions.

We should try those pilot projects. We can. We have the imagination. I do not have one right at my fingertips for you, but I would be willing to put my nose to the grindstone for it.

The Chair: Mr. Boldt, I know you want to get into this, but I want to ask you a question and then you can add whatever you want to that.

We have not touched this morning on the concept of flexible retirement, which has always interested me. September 1 to June 30 you are a teacher and then you retire and you are no longer a teacher. I am of the view that many teachers who retire might be burnt out but would not mind doing a less heavy teaching load, maybe 30 per cent or 40 per cent. They have real skills they could offer the next generation of teachers coming along. There is not nearly enough sharing of teaching skills from one generation to the next. It is very difficult to do when you are working full time and managing full-time classes or running schools on a full-time basis.

I would like to hear from you and Mr. Miller on the experiences you have had with retired teachers and whether some of them would have preferred to retire in a more gradual rather than an all-or-nothing way.

Mr. Boldt: When I talked about retirement 14 years ago, I talked about it in terms of a career change. I did not use the "R" word. I had had my fill of the classroom and working with teachers. I went on to other things and did other things.

What you are suggesting makes a lot of sense. It is happening more in the private sector than it is in the public sector. There is something to be learned there. That is one way of looking at it.

Many people define themselves by the work they did up to the date of retirement, and those people have a lot of trouble with retirement. A lot of retired teachers have gone on to other things. One friend of mine, for example, got involved with making compost bins and now he has become a consultant on recycling and the gardening related to that. He would not dream of going back into the school because he is busy doing this.

Again, flexibility matters. No one size fits all. That suggestion needs exploration. It will have to do with communication, talking with people and, as Ms. Langolf said, identifying niches and areas where something has to be done.

Mr. Miller: It is surprising you bring that up because that is what I did. I went through a flexible program myself and I have encouraged others to do so. I know a large number of teachers in British Columbia who have done that.

J'aurais aimé voir plus de personnes âgées ici même si certains d'entre nous faisons partie de ce groupe. Malheureusement, je n'ai pas lu tous les documents présentés.

Nous devrions essayer de mettre en œuvre des projets pilotes. Nous en sommes capables. Nous avons l'imagination nécessaire. Je ne peux pas vous en nommer un comme ça, de prime abord, mais je suis prêt à me pencher sur ce problème.

La présidente : Monsieur Boldt, je sais que vous voulez donner votre avis à ce sujet, et je veux vous poser une question, et vous pourrez ensuite ajouter ce que vous voulez.

Ce matin, nous n'avons pas parlé de la notion d'une retraite flexible, qui m'a toujours intéressée. Du 1^{er} septembre au 30 juin, vous êtes un enseignant. Puis, vous prenez votre retraite et vous n'êtes plus un enseignant. Selon moi, de nombreux enseignants qui prennent leur retraite sont épuisés, mais ils aimeraient une charge d'enseignement moins lourde, ce qui pourrait équivaloir à 30 p. 100 ou à 40 p. 100 d'une charge normale. Ils ont de grandes habiletés qu'ils pourraient transmettre à la prochaine génération d'enseignants. Il n'y a pratiquement pas de transmission des techniques d'enseignement d'une génération à l'autre. Il s'agit de quelque chose qu'il est très difficile de faire quand on travaille, gère des classes ou dirige des écoles à temps plein.

J'aimerais que M. Miller et vous nous parliez de vos expériences avec des enseignants à la retraite. Certains d'entre eux auraient-ils préféré prendre leur retraite de manière plus graduelle plutôt que d'avoir à choisir entre tout ou rien?

M. Boldt : Il y a 14 ans, quand j'ai arrêté d'enseigner, je n'ai pas voulu parler de retraite. Pour moi, il s'agissait plutôt d'un changement de carrière. Le mot « retraite » ne me plaisait pas. J'en avais assez de la salle de classe et de travailler avec d'autres enseignants. Je suis passé à autre chose.

Ce que vous suggérez est très sensé. Cela se passe plus souvent dans le secteur privé que dans le secteur public. Nous pouvons le prendre en exemple. C'est une façon de voir les choses.

De nombreuses personnes se définissent en parlant du travail qu'elles ont fait avant leur retraite, et ces personnes ont beaucoup de difficulté à s'adapter à leur nouvelle vie. Beaucoup d'enseignants à la retraite sont passés à autre chose. L'un de mes amis, par exemple, a commencé à construire des composteurs et il est maintenant consultant en recyclage et en utilisation du compost pour le jardinage. Il ne pense jamais à retourner enseigner parce qu'il est occupé.

Je répète qu'il est important de faire preuve de souplesse. La même solution ne s'applique pas à tous. On doit toutefois envisager cette suggestion. C'est en communiquant, en parlant avec les gens, comme Mme Langolf l'a dit, qu'on pourra déterminer les domaines dans lesquels on doit agir.

M. Miller : Je suis étonné de vous entendre parler de ça parce que c'est ce que j'ai fait. J'ai moi-même participé à un programme flexible et j'ai encouragé d'autres personnes à le faire. Je connais beaucoup d'enseignants en Colombie-Britannique qui ont fait la même chose.

There are two ways of doing it. One is to go on a reduced load while you are still teaching. In most districts, you just have to ask for that. The difficulty is that when you do a reduced load, you are not guaranteed to go back on a full-time load. You are guaranteed for the particular load you are on, and you may not be able to go back into a full-time position if you want to. Once you take a reduced assignment, that is the assignment you are on until you decide to retire fully.

The other way it is to actually retire and then to go back substitute teaching, being a teacher on call. That is a preferred way because then you really do have the flexibility. I did it for 10 years after I retired.

I am still on the teachers on call list. This year I have done one day, so it was very flexible. Last year I did five days. The year before that, they could not find anybody to take the job, even though they advertised all across Canada; so for three years I had a contract as well as being retired. You can retire as a teacher and then go back and take contracts on in all districts, but you cannot always get on the teachers on call list. There was a problem because many districts had a policy that once you retire, you cannot teach. I took it to arbitration with the school district and now districts can no longer do that. They cannot have a policy that says that teachers who retire cannot go back and teach on an on-call basis. Teachers can ease out of it in that way.

As Mr. Boldt said, many teachers either want a break and then do something different or retire without doing anything or ease out of it because they identify themselves as teachers. I was one who identified myself as a teacher even though I am involved in 10 other companies. Still, I am a teacher. Teachers can be flexible. There are ways of easing out of it in a flexible way.

The Chair: It varies from division to division within the country. I have a niece who was told she had to go up to 100 per cent teaching even though she wanted to remain at 60 per cent in order to be a child care provider for her own children the other 40 per cent of the time. It was an all-or-nothing scenario.

We have to look at that, not only for education but for a wide variety of occupations, and we are concerned about how that will impact on the pension. In some pension situations, your best five years are your last five years of employment. If it is your best five years no matter when you took them, then your pension

Il y a deux manières de procéder. L'une est d'accepter une charge d'enseignement réduite. Dans la plupart des commissions scolaires, il suffit de demander. Le problème est que, si vous acceptez une charge réduite, on ne peut pas vous garantir qu'une charge d'enseignement à temps plein pourra vous être offerte à l'avenir. On peut seulement vous garantir le type de charge particulier que vous avez à ce moment précis, et il ne sera peut-être pas possible de recommencer à travailler à temps plein si vous le voulez. Quand vous avez accepté une charge d'enseignement réduite, c'est ce que vous aurez jusqu'à ce que vous décidiez de prendre votre retraite de manière définitive.

L'autre option est de véritablement prendre sa retraite et de retourner enseigner en tant que suppléant, selon la demande. C'est ce que les gens préfèrent parce que ça leur permet une grande souplesse. C'est ce que j'ai fait pendant dix ans après avoir pris ma retraite.

Je suis encore sur une liste d'appel pour enseignants. Cette année, je n'ai travaillé que pendant un seul jour. Il y a donc beaucoup de souplesse. L'année dernière, j'ai travaillé pendant cinq jours. L'année d'avant, on n'avait trouvé personne pour l'emploi même si le poste avait été annoncé dans tout le Canada; alors, pendant trois ans, j'avais un contrat, même si j'étais à la retraite. Vous pouvez prendre votre retraite en tant qu'enseignant et retourner travailler à forfait dans toutes les commissions scolaires, mais vous ne pouvez pas toujours être sur la liste d'appel des enseignants. Il y avait un problème parce que de nombreuses commissions scolaires avaient une politique selon laquelle si vous preniez votre retraite, vous ne pouviez plus enseigner. J'ai soumis l'affaire à l'arbitrage avec la commission scolaire et maintenant, les commissions ne peuvent plus avoir une telle politique. Elles ne peuvent pas avoir une politique selon laquelle les enseignants qui prennent leur retraite ne peuvent pas retourner enseigner, selon les besoins. Les enseignants peuvent donc arrêter d'enseigner graduellement de cette manière.

Comme M. Boldt l'a dit, de nombreux enseignants veulent prendre une pause, puis, faire autre chose, d'autres préfèrent prendre leur retraite et se reposer et d'autres, arrêter d'enseigner graduellement parce qu'ils se considèrent toujours comme enseignants. Je suis parmi ceux qui se considèrent comme enseignants même si je travaille avec dix autres entreprises. Je suis quand même un enseignant. Les enseignants font preuve de souplesse. Il y a des manières d'arrêter graduellement et qui permettent la souplesse.

La présidente : La situation n'est pas la même d'une circonscription à l'autre. J'ai une nièce à qui l'on a dit qu'elle devait accepter une charge d'enseignement complète même si elle voulait une charge équivalant à 60 p. 100 d'une charge normale. Le reste du temps, elle voulait prendre soin de ses enfants. C'était tout ou rien.

C'est un problème sur lequel nous devons nous pencher, non seulement dans le domaine de l'enseignement, mais également pour un large éventail de professions. Nous sommes préoccupés par les conséquences que cela aura sur le régime de pensions. Dans certaines situations, vos cinq meilleures années

is protected. If it is the last five years, then you cannot go on a flexible arrangement or go part-time without significantly harming the pension.

Ms. Langolf: One of the more difficult aspects of flexible work arrangements is that employers believe that they will be incurring more costs. Now that the workforce is shrinking somewhat and we have to import workers, the incentive to become more flexible about working arrangements will be forced upon them.

I used to work for a trade union before I retired, and I can assure you that we tried very hard to get flexible working arrangements, including working at home, with limited success. Not everybody is in the fortunate position of teachers. Many clerical workers have not yet achieved pay equity. For them to retire flexibly is probably a non-starter.

Mr. Boldt: One final comment in regard to regulation. Very often a government body will create a regulation to which there are unintended consequences. Your niece's position of going from 60 per cent to 100 per cent is an unintended consequence. Regulation tends to breed rigidity.

The Chair: Thank you for your comments. It was extremely useful to our deliberations to have you here this morning. On behalf of the other senators, I want to express to you our deep appreciation.

Honourable senators, we will now proceed with our second panel. Appearing before us on behalf of the Family Caregivers' Network Society is Ms. Barbara MacLean; representing the British Columbia Seniors Living Association is Ms. Seona Stephen; from the Saanich Peninsula Health Association is Ms. Lyne England; and representing the Vancouver Island Health Authority is Dr. Michael Cooper, accompanied by Dr. Marianne McLennan. Welcome to all of you this morning.

Barbara MacLean, Executive Director, Family Caregivers' Network Society: On behalf of the Family Caregivers' Network Society, I would like to thank you for all the work that you have been doing across Canada. It cannot be easy, always doing the road show.

As an opening remark, I would like to congratulate the committee on their second report, which was incredibly inclusive given the range of issues across Canada.

Our organization represents family caregivers, and those are the unpaid moms, dads, sisters and brothers who do 80 per cent of the care at home within our health care sector.

sont vos cinq dernières années d'emploi. Si l'on tient compte de vos cinq meilleures années, sans égard à l'époque, votre pension est protégée. Si l'on tient compte de vos cinq dernières années d'emploi, vous ne pouvez pas retourner travailler dans le cadre d'une entente de flexibilité ou travailler à temps partiel sans que cela influe négativement sur votre pension.

Mme Langolf : L'un des éléments les plus problématiques des modalités de travail flexibles est que les employeurs croient qu'une telle entente leur coûtera davantage. Maintenant que l'on manque de main-d'œuvre et que l'on doit faire venir des travailleurs de l'étranger, les employeurs n'auront plus le choix et ils devront faire preuve de plus de souplesse en ce qui concerne ces modalités de travail.

Avant de prendre ma retraite, j'ai travaillé pour une organisation syndicale. Je peux vous garantir que nous avons travaillé très fort pour obtenir des conditions de travail flexibles, y compris le droit de travailler chez soi, mais nous n'avons pas eu beaucoup de succès. Les enseignants sont chanceux, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Un grand nombre de commis ne sont pas encore visés par la parité salariale. Pour eux, le fait de prendre une retraite flexible n'est probablement pas concevable.

M. Boldt : J'aimerais faire un dernier commentaire sur la réglementation. Très souvent, un organisme d'État crée un règlement qui a des conséquences inattendues. La situation de votre nièce, qui doit accepter une charge complète d'enseignement, est l'une de ces conséquences inattendues. Les règlements ont tendance à donner lieu à la rigidité.

La présidente : Je vous remercie de vos commentaires. Votre présence ici ce matin et vos commentaires nous aideront beaucoup dans nos délibérations. Au nom des autres sénateurs, j'aimerais exprimer notre reconnaissance.

Mesdames et messieurs, nous commencerons maintenant notre deuxième table ronde. Les personnes suivantes comparaîtront devant nous : Mme Barbara MacLean, de la Family Caregivers' Network Society, Mme Seona Stephen, de la British Columbia Seniors Living Association, Mme Lyne England, de la Saanich Peninsula Health Association, et le Dr Michael Cooper et la Dre Marianne McLennan, de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver. Je vous souhaite tous la bienvenue.

Barbara MacLean, directrice générale, Family Caregivers' Network Society : Au nom de la Family Caregivers' Network Society, j'aimerais vous remercier de tout le travail que vous avez fait d'un bout à l'autre du pays. Ça ne doit pas être facile de toujours voyager.

Pour commencer, j'aimerais féliciter le comité pour son deuxième rapport, qui était incroyablement exhaustif vu la diversité des problèmes au Canada.

Notre organisation représente les aidants naturels, c'est-à-dire les mères, les pères, les sœurs et les frères non salariés qui dispensent 80 p. 100 des soins à domicile au sein de notre régime de soins de santé.

I will reference a number of areas in the report. Chapter 4 on healthy aging and options to combat abuse and neglect ties tightly to the realm of family caregiving. Option 37, to develop supports for caregivers and to promote education to prevent burnout, specifically says:

Respite care services and support programs that help caregivers deal with the challenges they face can contribute to preserving the health and well-being of the caregiver, improving the care offered, and delay institutional placement or instances of abuse.

That emphasizes the trend that when we have overburdened and overworked family members and friends, bad things do happen. It is quite significant that it rests here as an identifier. One of the predictors of abuse is lack of adequate supports.

With our aging population, the number and quality of home support services that exist is a huge concern. In our scope locally, our organization reaches up to almost 40,000 people. That is in the local capital regional district alone. We are one of the few organizations in Canada providing a breadth of services. I am offering only a handful. Through core funding from the Vancouver Island Health Authority — they provide just over half of our funding — we exist as an organization to support families.

When you are looking at abuse, you are looking at all of the issues that are pertinent. It is not a very good picture that we are one of a handful of organizations across Canada. We receive phone calls from across Canada, yet our service area is the capital regional district. Although we are one of the few, we are hoping that that number can grow.

Chapter 4 also references respite care and support programs, and I would like to highlight that over the last decade the research and feedback indicate that respite is the number one tool that will create a difference. Respite is the number one thing that gives people relief from their caregiving duties. It is the number one thing identified that will help stop a cycle of abuse from even beginning.

Regarding section 4.5 in your report on hospice, palliative and end-of-life care, an outstanding amount of research and work has been done over the last 10 to 15 years, and I wanted to highlight that the recommendations within 4.5 are excellent. We support them fully.

Regarding Chapter 5, "Aging in Place of Choice," what does that shift toward staying at home longer mean? It means families are doing more and more. We are seeing increased family support

Je ferais référence à un certain nombre de choses qui sont mentionnées dans le rapport. Les thèmes abordés au chapitre 4, c'est-à-dire de vieillir en santé et les options pour lutter contre la violence et la négligence, sont étroitement liés au domaine des aidants naturels. À l'option 37, où l'on parle de manières d'élaborer des mesures de soutien des aidants et de promouvoir l'éducation afin de prévenir l'épuisement professionnel, il est dit :

Des services de soins de relève et des programmes de soutien permettant aux aidants de faire face aux problèmes auxquels ils sont confrontés peuvent contribuer à préserver leur santé et leur bien-être, à améliorer les soins offerts, à retarder le placement en établissement et à réduire les cas de mauvais traitements.

Ce passage met en évidence la tendance selon laquelle, quand les membres de la famille et les amis sont épuisés et ont trop de responsabilités, cela a des répercussions négatives. Il est intéressant que ce facteur ait été déterminé. L'une des variables explicatives de la violence est le manque de soutien adéquat.

En raison du vieillissement de la population, la disponibilité et la qualité des services de soutien à domicile est une préoccupation majeure. À l'échelle locale, notre organisation vient en aide à près de 40 000 personnes. Cela ne couvre que la région de la capitale. Nous sommes l'une des seules organisations au Canada qui offrent autant de services. Pourtant, nous ne pouvons offrir qu'une petite partie des services nécessaires. Grâce au financement de base que nous fournit l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver — cette organisation assure un peu plus de 50 p. 100 de notre financement — nous existons en tant qu'organisation pour venir en aide aux familles.

Quand on parle de la violence, cela touche tous les problèmes qui sont pertinents. Nous sommes parmi un petit groupe d'organisations qui offrent de tels services au Canada. Cela n'est pas suffisant. Nous recevons des appels de toutes les régions du pays. Pourtant, nous n'offrons nos services que dans la région de la capitale. Même si nous ne sommes pas nombreux à offrir ce genre de services, nous espérons que nous serons plus nombreux à l'avenir.

Au chapitre 4, on aborde également la question des soins de relève et des programmes de soutien. J'aimerais mentionner que, au cours de la dernière décennie, les recherches et les résultats indiquent que les services de relève sont l'outil le plus important pour améliorer la situation. Les services de relève sont ce qui soulage le plus les soignants naturels. Il s'agit de l'élément le plus important qui permettrait d'arrêter le cycle de la violence avant même qu'il ne commence.

En ce qui concerne la section 4.5 de votre rapport sur les soins palliatifs et de fin de vie, de nombreuses recherches et de nombreux travaux ont été réalisés au cours des dix ou 15 dernières années, et je voulais vous dire que les recommandations à la section 4.5 sont excellentes. Nous les avalisons entièrement.

En ce qui a trait au chapitre 5, « Vieillir à l'endroit de son choix », comment cela s'applique-t-il au fait de demeurer plus longtemps chez soi? Ça veut dire que les familles en font de

work and decreased ability to have home support services in place. That is a real concern.

Option 63, to provide information to caregivers, is critical. One of the key obstacles across Canada is that most people do not say, "Hey, I am a family caregiver." There is no identifier or label that we conjure up and say, "Because I am caring for my aging parent or my spouse, I am one of those people called a family caregiver." One of the battles we are facing across Canada is an identity crisis. There are services, information and support, and yet people do not know how to find them because they are not identifying themselves as family caregivers.

Since we began 19 years ago, we have been trying to increase awareness that we exist. We can do more with the resources we have, yet we lack communication and information about the service. That is true for all organizations across Canada.

Option 64 is to create a national respite program. If respite is the number one thing that will support caregivers, we need to pull together from a national perspective and create something called "the ties that bind," a linkage, a policy, so that people are not dabbling around in their own communities at a loss for what else exists. We need to pull together and create a national respite program. We support that recommendation wholeheartedly.

Option 65 is to make changes to the compassionate care benefit. We know that it has been a good start over the last few years, but it is not enough. It is simply not enough to cover the needs of somebody taking time off work to care for somebody who is chronically ill and not just dying within the allotted time frame. That is a huge concern.

Option 66 is to provide financial support to caregivers. I will talk about that in my next area.

Option 67, to introduce a Canada Pension Plan, CPP, drop-out provision for caregivers, is excellent. I will also refer to that next.

Given that so much of your report covers things that relate to family caregivers, I will focus only on a few key things there from our perspective.

In Chapter 5, option 66 talks about financial support to caregivers being one critical area:

It has been suggested that the federal government could convene an expert panel on the financial security of caregivers.

That is great. We would like to go a step further: Please do not limit the expert panel to only financial security issues. We strongly support striking a federal expert advisory panel that could encompass a full range of issues related to family caregiving.

Many of the issues, including home support, home care, abuse, Canada Labour Code, all fall under one neatly packaged area and could easily be dealt with by a panel as a whole instead of being

plus en plus. Il y a de plus en plus de travail en matière d'aide de la part de la famille et de moins en moins de possibilités de recevoir des services de soutien à domicile. C'est un véritable problème.

L'option 63, qui consiste à fournir des renseignements aux aidants naturels, est d'une grande importance. L'un des obstacles importants que nous devons surmonter au Canada est que la plupart des gens ne se déclarent pas aidants naturels, il n'y a pas de facteurs précis que les gens peuvent évoquer pour dire : « Je prends soin de mes parents âgés ou de mon conjoint. Je suis donc un aidant naturel. » L'une des luttes que nous devons mener partout au pays est une crise d'identité. Il y a des services, de l'information et un soutien, mais les gens ne savent pas comment le trouver parce qu'ils ne se déclarent pas aidants naturels.

Depuis que nous avons fondé la société il y a 19 ans, nous tentons de nous faire connaître. Nous pouvons en faire plus avec les ressources que nous avons, mais nous n'avons pas de communications et d'information sur les services. Cela est vrai pour toutes les organisations au Canada.

L'option 64 est de créer un programme national de relève. Si la relève constitue la mesure qui viendra le plus en aide aux aidants naturels, nous devons nous rassembler à l'échelle nationale et créer un réseau, une politique qui aiderait les gens à trouver les ressources disponibles dans leur collectivité. Nous devons nous mobiliser et créer un programme national de relève. Nous appuyons cette recommandation sans réserve.

L'option 65 vise à modifier la prestation de compassion. Nous savons que cette dernière était un bon début il y a quelques années, mais ce n'est pas suffisant. Elle n'est tout simplement pas suffisante pour répondre aux besoins de quelqu'un qui prend congé de son travail pour prendre soin d'un malade chronique qui ne meurt pas dans le délai prescrit. C'est un problème immense.

L'option 66 est de fournir un soutien financier aux aidants naturels. J'en parlerai dans la prochaine partie de mon exposé.

L'option 67 est excellente. Il s'agit d'offrir aux aidants naturels une clause d'exclusion du RPC. J'aborderai également cette option un peu plus tard.

Comme une grande partie de votre rapport porte sur des sujets qui touchent les aidants naturels, je ne mettrai en évidence que quelques points en les abordant de notre point de vue.

Au chapitre 5, l'option 66 aborde la question importante du soutien financier pour les aidants naturels :

Il a aussi été suggéré que le gouvernement fédéral convoque un groupe de spécialistes sur la sécurité financière des aidants naturels.

C'est merveilleux. Nous aimerions faire un pas de plus; le groupe de spécialistes ne devrait pas se limiter aux questions liées à la sécurité financière. Nous sommes largement en faveur de la création d'un groupe de spécialistes fédéral qui traiterait d'un large éventail de questions liées aux aidants naturels.

Un grand nombre de ces questions, y compris les services de soutien à domicile, les soins à domicile, la violence et le Code canadien du travail, font partie du même domaine et peuvent

reducing to financial issues only. We look at the need to address issues like the impact on Canadian labour markets and productivity, to identify areas that require further data or policy development by provincial and federal governments. But we need the glue; we need the federal expert panel to get the ball rolling.

The expert panel could also look at changes to existing federal programs. For example, let us look at the CPP drop-out provisions for caregivers — similar to the child-rearing drop-out provision — so that they could continue their contributions when they drop out; and when they re-enter the labour force, they have not lost ground.

We might want to add that it is a huge gender issue, because women are the ones losing out phenomenally on a secure future and a secure retirement because they drop out. Eighty per cent of the people most severely affected financially in Canada are women, still, in 2008.

The panel could look at the establishment of a registered caregiving savings plan. It could look at amendments to the Canada Labour Code to include provisions for workers temporarily leaving employment in order to care for a person with disability needs. It could look at an innovation fund to support the development of different caregiving practices that reflect different communities. We have learned that the cookie-cutter, one-stop-shopping approach does not work for every community, and we cannot approach it that way. Innovation funds have been shown to provide the impetus for people to think differently about how to work together, not just prescriptively.

The expert panel could also put family caregiving on the map. We have learned that Canada has no national glue; we do not have a national policy, or even really a national agenda. We are not so proud about that. We lag far behind the United Kingdom and Australia in that respect. I have to say that as a representative at national conferences, it is a little embarrassing that a great country like Canada is not on the map in that respect.

Finally, provide the opportunity to include both private and public sector and volunteer sector representatives in an expert panel. Many people have spent several years in the caregiving sector. The sector is relatively unknown and unrecognized, but there is a depth of knowledge that you could pull together, and you would have more than enough people saying “I will help” when it comes to an expert advisory panel. Thank you.

facilement être abordés par un groupe de spécialistes, ce qui serait bien mieux que de ramener son rôle à l'examen des questions financières seulement. Nous savons qu'il faut traiter des problèmes comme les répercussions sur les marchés du travail canadiens et la productivité pour déterminer les domaines qui exigent une collecte de données, ou l'élaboration de politiques par les gouvernements provinciaux et fédéral. Cependant, il nous faut un agent de liaison; nous avons besoin d'un groupe de spécialistes fédéral qui fera démarrer la machine.

Le groupe de spécialistes pourrait également envisager d'apporter des changements possibles aux programmes fédéraux existants. Par exemple, on pourrait modifier la clause d'exclusion du RPC pour les aidants naturels — qui ressemble à la clause d'exclusion pour élever des enfants — de manière à ce que les aidants naturels puissent continuer de cotiser malgré la clause d'exclusion; comme ça, quand ils réintégreront la population active, ils n'auront pas pris de retard.

On pourrait ajouter qu'il s'agit d'un problème qui touche surtout les femmes puisque ce sont elles qui en ressortent perdantes et qui sacrifient un avenir et une retraite stable quand elles se retirent du marché du travail. Encore aujourd'hui, en 2008, 80 p. 100 des gens qui ont le plus de problèmes financiers au Canada sont des femmes.

Le groupe de spécialistes pourrait envisager l'établissement d'un régime d'épargne enregistré pour les aidants naturels. Il pourrait envisager des modifications du Code canadien du travail afin que ce dernier inclue des dispositions touchant les travailleurs qui quittent le marché du travail temporairement afin de prendre soin d'une personne invalide. Il pourrait examiner la possibilité d'un fonds d'aide à l'innovation pour appuyer l'élaboration de pratiques différentes en matière de soins, qui reflètent diverses collectivités. Nous avons appris que l'approche des services universels ou à guichet unique ne fonctionne pas pour toutes les collectivités, et on ne peut pas régler tous les problèmes de cette manière. Les fonds d'aide à l'innovation se sont révélés des moyens incitatifs qui encouragent les gens à trouver de nouveaux moyens de travailler en collaboration et pas seulement de manière normative.

Le groupe de spécialistes pourrait également faire connaître l'enjeu des aidants naturels. Nous avons appris qu'au Canada, il n'y a pas de ciment qui unisse les composantes; nous n'avons pas de politique nationale, ni de véritable programme national. Nous ne sommes pas très fiers de cela. Nous sommes loin derrière le Royaume-Uni et l'Australie à cet égard. Je dois dire qu'en tant que représentante à des conférences nationales, j'estime qu'il est un peu embarrassant qu'un grand pays comme le Canada ne réussisse pas à se distinguer à cet égard.

Enfin, le groupe de spécialistes devrait comprendre des représentants des secteurs public et privé, ainsi que des bénévoles. De nombreuses personnes ont passé plusieurs années dans le secteur des soins. Il s'agit d'un secteur qui est relativement peu connu et reconnu, mais il y a un bassin de connaissances considérables dans lequel on peut puiser, et je suis certaine qu'un grand nombre de personnes seraient prêtes à participer à un groupe de spécialistes consultatif. Merci.

Seona Stephen, Vice President, BC Seniors Living Association:
Thank you for the opportunity to respond to your second interim report.

We have done much the same as Ms. MacLean. We have taken some highlights and then we would like to respond.

In option 56 you ask whether the federal government should play a role in the communication of best practices in regulation and whether different jurisdictions get together so that they do not need to reinvent the wheel in developing a regulatory framework for supportive housing. We actually disagree with the regulating of supportive housing.

When I talk about supportive housing, it does get confusing. We are talking about independent living. "Supportive independent" is how we talk about it in British Columbia.

We disagree with the regulating of supportive and independent living because we are based on a hospitality model of best practices, not a medical model. Assisted living in British Columbia is already regulated, as I am sure you well know, by the registrar of British Columbia, specifically dealing with health and safety issues.

The report mentioned that some assisted living facilities were providing levels of care beyond basic support. In British Columbia, that is well-addressed by the Assisted Living Registrar.

The British Columbia Seniors Living Association, BCSLA, is fairly new. We are just starting our fifth year. Our goal is to act as a resource for our members to prevent reinventing the wheel. We support best practices.

As outlined in our briefing note that you received earlier, you will see three of the main issues: the billing, the notice period, and the dispute resolution. In British Columbia we are working together with an industry-wide committee. It is just wonderful to see everybody around the table, and we will address this so that everybody is feeling comfortable and we need not necessarily go to the government-regulated model.

Option 41 is about increasing the number of geriatric and gerontology training programs. We strongly support the need for additional gerontologists. They truly understand the complex health care needs, particularly relating to falls and medication. We find that our general practitioners do not have the same depth of knowledge that these specialists have. The specialists provide outstanding service in the acute care hospitals, particularly in the geriatric rehabilitation programs that we have here in Victoria.

Seona Stephen, vice-présidente, BC Seniors Living Association :
Je vous remercie de l'occasion qui m'est offerte de réagir à votre deuxième rapport intérimaire.

Nous avons fait un peu comme Mme MacLean. Nous avons mis en évidence certains points de votre rapport et nous aimerions ensuite y réagir.

À l'option 56, il est question de déterminer si le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle dans la communication des pratiques exemplaires en matière de réglementation et si les diverses régions travaillent en collaboration afin d'éviter que chacune « réinvente la roue » lorsqu'elle élabore un cadre de réglementation de logements supervisés. En fait, nous ne croyons pas que les logements supervisés devraient être réglementés.

Le terme « logements supervisés » porte à confusion. Il s'agit de logements pour personnes autonomes. En Colombie-Britannique, nous utilisons le terme « logements supervisés favorisant l'autonomie ».

Nous ne pensons pas que les logements supervisés et favorisant l'autonomie devraient être réglementés parce que nous nous appuyons sur un modèle de pratiques exemplaires axé sur l'accueil et non sur l'aspect médical. Comme je suis certaine que vous le savez déjà, en Colombie-Britannique, l'aide à la vie autonome est déjà réglementée par le registraire, qui s'occupe particulièrement des questions liées à la santé et à la sécurité.

Dans votre rapport, vous avez mentionné que certains établissements d'aide à la vie autonome fournissent des soins qui vont au-delà de l'aide de base. En Colombie-Britannique, cette question relève du registraire, aide à la vie autonome.

La British Columbia Seniors Living Association, ou BCSLA, est assez jeune. Nous venons d'entamer notre cinquième année. Notre objectif est d'agir en tant que ressource pour que nos membres n'aient pas à réinventer la roue. Nous appuyons les pratiques exemplaires.

Comme on l'explique dans notre note d'information que vous avez reçue un peu plus tôt, il y a trois problèmes principaux : la facturation, la période de préavis et la résolution de conflits. En Colombie-Britannique, nous sommes en train de travailler en collaboration avec un comité formé de plusieurs représentants de l'industrie. Il est tout simplement merveilleux de voir tous ces gens assis autour de la même table, et nous aborderons cette question d'une manière qui ne mettra personne mal à l'aise. Nous n'avons pas nécessairement besoin de recourir au modèle gouvernemental.

L'option 41 vise à augmenter le nombre de programmes de formation en gériatrie et en gérontologie. Nous sommes parfaitement d'accord avec vous. Il faut plus de gérontologues. Ils comprennent vraiment les besoins complexes des aînés en matière de soins de santé, particulièrement en ce qui concerne les chutes et les médicaments. Nous avons constaté que les médecins généralistes n'ont pas les mêmes connaissances que ces spécialistes. Les spécialistes fournissent des services exceptionnels dans les établissements de soins de courte durée, particulièrement dans les programmes de réadaptation pour les personnes âgées que nous avons ici, à Victoria.

The sad thing is that there is a movement afoot to remove the gerontologists from geriatric rehabilitation programs. Hopefully Dr. Cooper can comment, because we would like clarification on that. Our industry affectionately calls these programs “the geriatric jump-start programs” because that is truly what they do. The geriatric rehabilitation programs do an outstanding job of preparing patients for discharge either to the family home or to the retirement communities.

Problem arise when seniors return home and the appropriate follow-up therapies are either nonexistent or difficult to access, or there is a requirement that the individual senior pays.

We would recommend that the gerontologists should be the clinical and administrative leaders in these geriatric programs. We stress the importance of a seamless continuum of service to seniors in order to capitalize on the progress made during the rehabilitation stage. This will prevent readmission. If we do not have the supports in the community, the seniors go back into the hospital, which is a cost to the health care system.

Another item is healthy diets for seniors. There are some excellent programs controlled by the community available to seniors, such as the Meals on Wheels program. I presume that Meals on Wheels would be governed by a dietician or Canada’s Food Guide so that the seniors would be getting well-balanced meals.

Within the retirement communities, best practices are once again used. A dietician is always consulted when we are developing our five-week rotations, which are seasonal — spring, summer, autumn, winter. We work with Canada’s Food Guide.

British Columbia has also come up with *Healthy Eating for Seniors*, an outstanding booklet that anybody can have and that we are using. It contains lots of information. I work with my chefs to make sure that we incorporate their really good ideas. There are some supports out there.

Certainly in independent and assisted living and even in the long-term care facilities, we do involve dieticians. I think we would be hard-pressed to say those seniors are not getting well-balanced diets.

Option 57 is to facilitate access to information about housing options across the country. Truly that is a concern. I would say probably the majority of us have websites well-established. In the last five years, probably a third of my inquiries have been coming

Il est triste de constater qu’il y a actuellement un mouvement, dans le milieu, qui est formé de gens qui aimeraient retirer les gérontologues des programmes de réadaptation gériatrique. Nous espérons que le Dr Cooper pourra commenter cette tendance parce que nous aimerions beaucoup qu’on éclaire cette question pour nous. Dans notre industrie, on appelle affectueusement ces programmes « les programmes de redémarrage gériatrique » parce que c’est véritablement ce qu’ils font. Les programmes de réadaptation gériatrique sont merveilleux, car ils permettent de préparer les patients à sortir de l’hôpital pour retourner au foyer familial ou à la collectivité de retraités.

Des problèmes font surface quand les personnes âgées retournent chez elles, et que les thérapies de suivi sont inexistantes, qu’il est difficile d’y accéder ou que la personne âgée doit en déboursier les frais.

Nous recommandons que les gérontologues soient les directeurs cliniques et administratifs de ces programmes gériatriques. Nous soulignons l’importance d’un continuum transparent de services pour les aînés qui permettra de prendre appui sur les progrès réalisés pendant la réadaptation. Ainsi, on pourra prévenir la réadmission. Si les services de soutien ne sont pas disponibles dans la collectivité, les personnes âgées retournent à l’hôpital, ce qui coûte cher au régime de soins de santé.

L’alimentation des personnes âgées constitue un autre problème. Il y a d’excellents programmes gérés par la collectivité pour les personnes âgées, comme le programme Meals on Wheels. Je présume que ce programme est régi par un diététicien ou est fondé sur le Guide alimentaire canadien et que l’on s’assure que les personnes âgées reçoivent des repas bien équilibrés.

Au adopte également des pratiques exemplaires au sein des collectivités de retraités. Un diététicien est toujours consulté pour l’élaboration des menus de cinq semaines, qui sont saisonniers, printemps, été, automne et hiver. Nous nous appuyons sur le Guide alimentaire canadien.

La province de la Colombie-Britannique a également rédigé la merveilleuse brochure *Healthy Eating for Seniors*, qui peut être utilisée par n’importe qui et que nous-mêmes utilisons. Ce livret contient beaucoup d’information. Je travaille en collaboration avec mes chefs afin de m’assurer que nous incorporons les très bonnes idées qui sont contenues dans ces documents. Il y a des mesures de soutien qui existent.

Dans les logements favorisant la vie autonome et même dans les établissements de soins de longue durée, des diététiciens sont toujours consultés. Je pense qu’il serait difficile d’affirmer que ces personnes âgées ne mangent pas de manière équilibrée.

L’option 57 consiste à faciliter l’accès aux renseignements au sujet des possibilités de logement au Canada. Cela est une préoccupation majeure. Je dirais que la majorité d’entre nous avons probablement des sites web bien établis. Au cours des cinq

through the website from across Canada. Our company is doing something good, because I am certainly getting lots of inquiries.

I am sure you are familiar with *The Care Guide*. It is in all jurisdictions across Canada. It outlines all the places available. It is free to seniors. Perhaps my particular retirement residence is not appropriate for some seniors. I would share this with them so that they are not lost. I would make some recommendations to them. I am sure you are aware that these items are available.

Senators from Ontario will be familiar with the Ontario Retirement Communities Association, ORCA, which has a 1-800 number that seniors can phone to get information. They are a well-established organization that we model after in British Columbia. We are exploring the thought that we, as an association, could have the 1-800 number that seniors in British Columbia could phone for advice.

Some communities in the province have established a seniors' hotline and reference centre staffed by individual seniors in the local community. How powerful is that? They are sharing their information with seniors. Sidney is a particularly good example of that.

Section 5.1 of your report is on housing. You state that 93 per cent of seniors "live in private homes, and have a strong preference for staying in their own homes."

Since I moved from acute care into retirement living, I have been fascinated by this. Within six months I do an interview with each resident that comes through my doors. I would say that I am not sure that that number is correct. What I hear from the seniors and from many of my colleagues in the association is that seniors often find that they are so overwhelmed by the thought of moving and the fear of losing control of decision making that they choose what they consider to be the easier, less daunting option, which is to remain in their home. This can create an environment of social isolation. It is also a loss of an opportunity for some seniors to live in a community, such as a retirement residence, where they could become more active, more connected and less reliant on community care.

Family relationships that were previously centered on caregiving, which Ms. MacLean mentioned, can be reinvented to a relationship of mother-daughter instead of mother-caregiver, for example.

We would like to see enhanced information and accessibility to community professionals that specialize in relocating seniors. Many seniors just do not know where to go. There are some excellent companies coming up. Some company officials have been nurses in the past so they have a caring sensitivity to that and they can actually take the resident through downsizing to moving into a retirement residence with as little disruption as possible.

dernières années, environ un tiers des demandes d'information que je reçois me parviennent de partout au Canada par l'entremise du site web. Notre entreprise doit faire quelque chose de bien parce que je reçois beaucoup de demandes d'information.

Je suis certaine que vous connaissez *The Care Guide*. C'est une ressource qui est disponible dans toutes les régions du Canada. L'ouvrage indique tous les établissements disponibles. C'est une ressource qui est gratuite pour les personnes âgées. Ma résidence de retraités n'est peut-être pas appropriée pour certains aînés. Je leur ferai savoir afin qu'ils ne se perdent pas. Je leur ferai certaines recommandations. Je suis certaine que vous savez que ces renseignements sont disponibles.

Les sénateurs de l'Ontario connaissent sûrement l'Ontario Retirement Communities Association, l'ORCA, qui a un numéro sans frais que les personnes âgées peuvent composer pour obtenir de l'information. Il s'agit d'une organisation bien établie qui nous sert de modèle en Colombie-Britannique. En tant qu'association, nous explorons la possibilité d'obtenir un numéro sans frais que les aînés de la Colombie-Britannique pourraient composer pour obtenir des conseils.

Certaines collectivités dans la province ont établi un service téléphonique et un centre de référence où travaillent des aînés de la collectivité locale. C'est merveilleux, n'est-ce pas? Ils partagent l'information dont ils disposent avec d'autres personnes âgées. Sidney est un excellent exemple.

La section 5.1 de votre rapport porte sur le logement. Vous affirmez que 93 p. 100 des aînés « habitent dans des résidences privées et souhaitent vivement rester chez eux ».

Depuis que j'ai quitté le domaine des soins de courte durée pour le domaine des résidences de retraités, je suis fascinée par ce concept. Depuis six mois, j'interroge chaque résident qui vient me voir. Je ne suis pas certaine que votre chiffre est exact. Ce que me disent les aînés et ce que pensent un grand nombre de mes collègues dans l'association, c'est que les personnes âgées sont souvent si dépassées par l'idée de déménager et la peur de perdre le pouvoir de prendre leurs propres décisions qu'elles choisissent l'option qu'elles considèrent comme la plus facile et la moins déconcertante, c'est-à-dire de rester chez elles. Cette décision peut donner lieu à l'isolement social. Certains aînés perdent également une occasion de vivre dans une communauté, comme celle que fournissent les résidences de retraités, au sein de laquelle ils peuvent être plus actifs, plus entourés et moins dépendants des soins communautaires.

Les relations familiales, qui, auparavant, s'articulaient autour des soins peuvent, comme Mme MacLean l'a mentionné, être réinventées afin qu'une relation mère/fille, par exemple, prenne la place d'une relation mère/soignante.

Nous aimerions qu'il y ait plus d'information et un meilleur accès aux professionnels de la collectivité qui se spécialisent dans le relogement des personnes âgées. De nombreuses personnes âgées ne savent tout simplement pas où aller. Il y a d'excellentes entreprises qui voient le jour. Les représentants de certaines entreprises ont été infirmiers, par le passé. Ils sont particulièrement sensibles à ce problème et ils peuvent

Many of the residents I deal with in Victoria have no family. They may have the money to move into a private facility, but they do not have the wherewithal to deal with it. We need more communication on that.

The other thing is to connect families to support groups in their community, like the Family Caregivers' Network Society. The health authorities must be cognizant of the pressure they place on family members to augment the community care in the homes. We hear that a lot.

I will not discuss the briefing note because we are going to the table on Friday in Vancouver to start the discussion around these issues.

Dr. Marianne McLennan, Director, Seniors, End of Life and Spiritual Health, Vancouver Island Health Authority: We gave you some handouts and tried to make them succinct. I would echo many of the things that have already been said.

The health authority is challenged by the pressures and the requests for service. I will point out that half of our population is in the little southern tip of the map I provided you. The rest of our population is spread out remotely and rurally and difficult to service. That is a challenge, as is the challenge of aging, as everyone is aware. We have given you a snapshot of our context.

The prevalence of chronic conditions in the population of seniors, gaps in care and the fact the workforce is declining and we are having difficulty selecting and finding appropriate people to do the work are all pressures that point to the need for having ongoing innovation and excellence. What we have done in the past will not serve us in the future.

I have shared with you some planning models that have been developed in B.C. You may be aware of them. They put the person in the centre of our thinking on how we are going to approach health care planning. The thinking focuses on that person's journey through life in terms of staying healthy. We see things provincially that are supporting that, like ActNow BC.

It also considers the times when we have acute issues that come back that we need to get better at addressing. How do we build confidence in people's ability to get recovery? How do we give them competency and make sure they are able to make reasonable decisions? How do we connect them in their communities to support them on an ongoing basis?

accompagner le résident dans le processus qui l'amènera à accepter de vivre dans un logement plus petit et à s'installer dans une résidence de retraite le plus en douceur possible.

Un grand nombre des aînés avec lesquels je fais affaire à Victoria n'ont pas de famille. Ils ont peut-être l'argent pour s'installer dans un établissement privé, mais ils ne savent pas comment s'y prendre. Nous avons besoin de plus de communications à cet égard.

L'autre problème consiste à mettre les familles en communication avec des groupes de soutien dans leur collectivité, comme la Family Caregivers' Network Society. Les autorités sanitaires doivent reconnaître qu'elles mettent de la pression sur les membres de la famille pour augmenter la prestation des soins communautaires à domicile. Nous entendons souvent parler de ce problème.

Je ne discuterai pas de la note d'information parce que nous allons la déposer à Vancouver vendredi pour engager la discussion sur ces problèmes.

Dre Marianne McLennan, directrice, aînés, Fin de la vie et santé spirituelle, Autorité sanitaire de l'île de Vancouver : Nous avons distribué des documents dans lesquels nous avons tenté d'être brefs. Je ferai allusion à plusieurs des questions qui ont déjà été soulevées.

Les demandes de services constituent un défi pour l'autorité sanitaire. J'aimerais souligner que la moitié de notre population habite sur la petite pointe du sud que vous pouvez voir sur la carte que je vous ai remise. Le reste de la population habite dans des régions éloignées et rurales, et il est donc difficile de leur offrir des services. Leur isolement est un défi. Le vieillissement est également un défi, comme tout le monde le sait. Nous vous avons donné un aperçu du contexte dans lequel nous évoluons.

La prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées, les lacunes en matière de soins et le fait que la population active est en décroissance, de sorte que nous avons de la difficulté à trouver des gens qui peuvent faire le travail de manière appropriée, constituent autant de défis qui mettent en évidence la nécessité de faire continuellement preuve d'innovation et d'excellence. Ce que nous avons fait par le passé ne nous servira pas à l'avenir.

Je vous ai distribué certains modèles de planification qui ont été élaborés en Colombie-Britannique. Vous les connaissez peut-être. Le client est au centre de notre approche à adopter en matière de planification des soins de santé. Cette réflexion est axée sur le parcours de vie de la personne en ce qui concerne la préservation de sa santé. À l'échelle provinciale, nous voyons naître des mesures qui appuient cette approche, comme ActNow BC.

Cette approche nous permet également d'affronter les problèmes graves qui sont récurrents et que nous devons apprendre à régler de manière plus efficace. Comment pouvons-nous rendre les gens plus confiants envers leur capacité de se rétablir? Comment allons-nous leur transmettre des compétences et nous assurer qu'ils sont en mesure de prendre des décisions

The chronic disease issues and the disability issues require us to consider the whole person and what the seniors' values and goals are, and we have to optimize their independence in managing those challenges. Of course, we need to consider what it is like to cope with the end of life, and we want to help them plan in advance, think about what is important and valuable to them, and prepare for a good death.

When we take that to the level of action, to look at how we will actually approach it, we consider those aspects of the person and we think about the things that he or she can do in that phase of life, what the professional and informal caregivers need to know and do, what the agency or our organization as a regional health authority has a responsibility to do, and what is the greater social policy that we have both provincially and federally and have a responsibility to address.

I want to share with you the fact that the Vancouver Island Health Authority does have as a strategic priority the development of a seniors' centre of excellence. Partly that is a vision; it is also a strategy. We see ourselves as a virtual network of stakeholders, and you are hearing from many of them today about their interest, the resources they bring and the activities we can share to address these challenges.

We see ourselves as using geographical hubs. You heard that not all our communities will need the same kinds of approaches, and we need to be flexible in how we will orchestrate and meet those needs in our various geographies.

We will be looking at our interactive actions, what we actually do in the basic functions of caregiving and what education is required by our professionals, by the families, by the communities and by the future health care providers.

I would really like to stress the research requirement. As I said before, we know we cannot meet our challenges using the same strategies. We need to know what works. We need to have evidence to apply our new ways of addressing these issues, and those policy issues are another piece.

We have a partnership with the Centre on Aging at the University of Victoria. We are both generating new findings as well as making sure we get those findings into our practice. Partnership with the researchers is critical.

raisonnables? Comment allons-nous les mettre en rapport avec des ressources dans leurs collectivités qui pourront les appuyer en permanence?

Les problèmes liés aux maladies chroniques et à l'invalidité nous obligent à tenir compte de la personne en tant que tout et de ce que sont les valeurs et les objectifs des personnes âgées. Nous devons optimiser leur autonomie dans la gestion de ces défis. Nous devons bien sûr tenir compte de ce qu'ils vivent quand la mort approche. Nous voulons les aider à prévoir les choses à l'avance, à réfléchir à ce qui est important et à de la valeur pour eux et les préparer à une belle mort.

Sur le plan pratique, quand nous envisageons comment nous affronterons ce problème dans les faits, nous tenons compte de ces éléments, de ce que la personne peut faire à cette étape de la vie, de ce que doivent savoir et faire les soignants professionnels et non officiels, de ce que notre organisation en tant qu'autorité régionale en matière de santé a la responsabilité de faire et de la politique sociale globale, à l'échelle provinciale et fédérale, que nous devons respecter.

J'aimerais que vous sachiez que la priorité stratégique de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver est la création d'un centre d'excellence pour les personnes âgées. Cette priorité est, en partie, également une vision; c'est aussi une stratégie. Nous nous considérons comme un réseau virtuel de parties intéressées, et vous avez entendu un grand nombre d'entre elles aujourd'hui. Elles vous ont parlé de leurs intérêts, des ressources qu'elles offrent et des activités que nous pouvons réaliser pour relever ces défis.

En tant qu'organisations, nous représentons diverses régions. Vous avez entendu dire que les mêmes approches ne pourront pas être adoptées dans toutes nos collectivités, et nous devons faire preuve de souplesse dans la manière dont nous répondrons à ces besoins et dont nous organiserons ces services dans nos diverses régions.

Nous examinerons nos mesures interactives, notre véritable rôle en ce qui concerne la raison d'être fondamentale des soignants et les formations que doivent suivre nos professionnels, les familles, les collectivités et les futurs fournisseurs de soins de santé.

J'aimerais souligner l'importance de la recherche. Comme je l'ai déjà dit, nous savons que nous ne pouvons pas relever les défis en adoptant les mêmes stratégies. Nous devons savoir ce qui fonctionne. Nous avons besoin de données probantes sur les nouvelles manières de régler ces problèmes, particulièrement les problèmes stratégiques.

Nous avons un partenariat avec le centre sur le vieillissement de l'Université de Victoria. Nos deux organisations sont en train de générer de nouveaux résultats et de s'assurer que ces résultats sont intégrés dans nos programmes. Les partenariats avec les chercheurs sont essentiels.

Dr. Michael Cooper, Division Head of Geriatric Psychiatry, Vancouver Island Health Authority: My focus is on the geriatric psychiatry side of things. We are looking at a number of priority issues and are working closely with the geriatric medicine side that Dr. McLennan represents.

Frailty is one of our key defining conditions. The frail elders are those who come to our attention. Falls prevention, medication issues, and chronic disease management are the key medical issues, and then there are a number of significant psychosocial issues around decision making. As Ms. Stephen mentioned, social isolation is another key area.

Let me talk for a minute about the mental health issues. I was looking at section 4.6 in the interim report and thought a little more data might be helpful in that area.

The population health model is helpful in understanding and approaching the problem. I rely heavily on a federal government website that provides the Population Health Template. A lot of work has been done over the past 10 or 15 years on that model.

A useful way of starting with that model is to break down the population we serve in the mental health field into four sub-populations, each of which has unique key health determinants, unique needs, and unique plans that have to be developed. The first group is the individuals with dementia. The second group is people who have had lifelong mental disorders who then develop age-related issues, such as the start of dementia and the development of complex comorbid medical problems. The third group is individuals who develop mental illnesses, most commonly depression, in later years. The second most common one is a group of paranoid disorders that can be quite challenging to manage. The fourth group is older adults with addiction issues. With the current cohort of seniors, those are primarily alcohol-related issues, but there is also prescription drug abuse; we have a lot of concerns around overuse of tranquilizer medications — the benzodiazepines or Valium-type tranquilizers. I will talk about each of these four groups.

More than any other of the four groups, the dementia group will challenge our society the most. The city of Victoria gives us a bit of a snapshot of what Canada will be like because we have a higher percentage of the elderly currently in our population, and I can tell you that in Victoria and throughout Vancouver Island our resources are being strained to the limit by this population group.

We know that as people get older the prevalence of dementia increases, and the unfortunate reality is that by the time people reach 85, most will have dementia. That figure is not likely to change until we have a cure for dementia. We can only hope that

Dr Michael Cooper, chef de division de la psychiatrie gériatrique, Autorité sanitaire de l'île de Vancouver : Ma spécialisation est la psychiatrie gériatrique. Nous étudions un certain nombre d'enjeux prioritaires et travaillons en étroite collaboration avec les professionnels spécialisés en médecine gériatrique, que la Dre McLennan représente.

La faiblesse est l'un des problèmes qui touche le plus notre clientèle. Les aînés qui sont faibles sont ceux qui nous préoccupent le plus. La prévention des chutes, les problèmes liés aux médicaments et la gestion des maladies chroniques sont des problèmes médicaux de la plus grande importance. De plus, il y a un certain nombre de problèmes psychosociaux considérables relatifs à la prise de décisions. Comme Mme Stephen l'a mentionné, l'isolement social est un autre problème important.

Permettez-moi un instant de parler des problèmes de santé mentale. Je lisais la section 4.6 du rapport provisoire et je pense qu'il serait utile de disposer de plus de données dans ce domaine.

Le modèle de santé de la population nous aide à comprendre et à aborder le problème. Je consulte souvent un site web du gouvernement fédéral qui fournit le modèle de la promotion de la santé de la population. Au cours des dix ou 15 dernières années, on a beaucoup travaillé à ce modèle.

Il est utile d'aborder ce modèle en divisant la population que nous servons dans le domaine de la santé mentale en quatre sous-populations, dont chacune a des déterminants de la santé et des besoins uniques, auxquels il faut répondre en élaborant des plans appropriés. Le premier sous-groupe est formé des personnes qui sont atteintes de démence. Le deuxième sous-groupe est celui des personnes qui ont souffert de troubles mentaux toute leur vie et qui ont maintenant d'autres problèmes en raison de leur âge, comme des débuts de démence et l'apparition de problèmes de santé comorbides complexes. Le troisième groupe est composé de gens qui sont atteints de maladie mentale, et plus souvent qu'autrement de dépression, à mesure qu'ils vieillissent. La maladie mentale qui est au deuxième rang en importance parmi ce groupe comprend les troubles paranoïaques, qui peuvent être très difficiles à traiter. Le quatrième groupe est composé d'adultes d'un certain âge qui ont des problèmes de dépendance. Parmi la cohorte actuelle de personnes âgées, il s'agit principalement de problèmes liés à l'alcoolisme, mais il y a également des gens qui ont une dépendance aux médicaments prescrits; nous sommes très préoccupés par la surutilisation des tranquillisants, comme les benzodiazépines ou les tranquillisants qui ressemblent au valium. Je parlerai de chacun de ces quatre sous-groupes.

Parmi les quatre groupes, celui formé des gens qui souffrent de démence représentera le plus grand défi pour notre société. La ville de Victoria nous donne un aperçu de ce que sera la situation au Canada à l'avenir parce que notre population compte un plus grand nombre de personnes âgées. Je peux vous dire que, à Victoria et partout sur l'île de Vancouver, nous sommes en train d'épuiser nos ressources en raison de ce groupe.

Nous savons que, à mesure que les gens vieillissent, la prévalence de la démence augmente. Malheureusement, la plupart des gens qui vivent jusqu'à l'âge de 85 ans seront atteints de démence. Ce chiffre ne changera pas jusqu'à ce que

that cure is around the corner, because without it, it is hard to imagine how our society will cope with the aging population and the boomer generation once they hit age 85.

We know that 1 in 13 Canadians over age 65 have dementia. There is a high preponderance of psychiatric complications among that population. Probably 80 per cent to 90 per cent of people with dementia will develop psychiatric complications, and ultimately dementia is a disorder characterized by psychiatric problems. We need to look at how to plan for that.

We need to look at a range of options. Certainly having innovative programs that can provide prompt and timely assessment is key. We are looking at a number of exciting initiatives for Vancouver Island. We think reaching out to the family physicians and developing a shared care model will greatly help to address that early assessment piece. Dr. McLennan will talk about our Integrated Health Network for At-Risk Seniors project in a moment. That will be a showcase model of how we can approach that.

We are developing increased liaison and consultation with our key partners in home care programs and residential care programs. All of the geriatric psychiatrists on Vancouver Island visit all of the nursing homes across the Island in order to identify problems before they become a crisis in the residential care facilities. At the same time we are trying to deal with a growing number of individuals in the community who present similar challenges.

Through our mental health program in Victoria we have developed the capacity to respond on an urgent basis. We have developed a centralized intake process that I think will provide a model in terms of being a single point of contact to try to make manoeuvring through this sometimes confusing system of care a little bit easier both for seniors and for all of the health professionals out there.

We are also very proud of the program we have developed for the most severe population. With the closing down of the provincial mental health facility, Riverview Hospital, we have developed services on Vancouver Island to replace what was previously offered, and we have done it in a distributed fashion so that we have as a hub the in-patient programs located in Victoria and then satellite residential facilities located in Victoria, Ladysmith, and Campbell River. The last two opened just this year and are proving to be valued additions to the services. Individuals who previously would have been sent across to Vancouver for long periods of time can now reside closer to home and get the care that they need in a complex way. We have linked all four of these units in a dynamic, integrated way to ensure maximum utilization.

nous trouvions un traitement contre la démence. Nous pouvons seulement espérer qu'on trouvera ce remède bientôt parce que, sinon, il est difficile d'imaginer comment notre société fera face à la population vieillissante et à la génération des baby-boomers quand ses membres atteindront l'âge de 85 ans.

Nous savons qu'un Canadien âgé d'au plus de 65 ans sur 13 est atteint de démence. Il y a un taux élevé de complications psychiatriques parmi cette population. Dans environ 80 à 90 p. 100 des cas, les gens qui sont atteints de démence présenteront des complications psychiatriques, et, au bout du compte, la démence est un trouble caractérisé par des problèmes psychiatriques. Nous devons réfléchir à la façon dont nous nous préparerons à cette éventualité.

Nous devons examiner un large éventail d'options. Il est évident que des programmes novateurs pouvant fournir rapidement une évaluation sont essentiels. Nous sommes en train d'envisager un certain nombre d'initiatives intéressantes pour l'île de Vancouver. Nous pensons que le fait de faire appel aux médecins de famille et d'élaborer un modèle de soins commun nous aidera beaucoup à effectuer des évaluations en temps opportun. Dans un instant, la Dre McLennan vous parlera de notre projet d'établir un réseau de la santé intégré pour les personnes âgées à risque. Il s'agira d'un modèle de la manière dont nous pouvons régler ce problème.

Nous sommes en train d'établir des liens et de tenir des consultations avec nos partenaires clés dans des programmes de soins à domicile et en établissement. Tous les psychiatres gériatriques sur l'île de Vancouver visitent tous les foyers pour personnes âgées sur l'île afin de constater les problèmes avant qu'ils ne prennent des proportions de crise dans les établissements de soins. Parallèlement, nous tentons de gérer le nombre croissant de personnes dans la collectivité qui présentent des défis semblables.

Grâce à notre programme de santé mentale à Victoria, nous sommes maintenant en mesure de réagir à toute urgence. Nous avons créé un processus d'accueil centralisé qui, selon moi, servira de modèle en tant que point d'accès unique. Il permettra aux personnes âgées et à tous les professionnels de la santé de s'orienter plus facilement dans ce régime de soins, parfois compliqué.

Nous sommes également très fiers du programme que nous avons établi pour la population dont les besoins sont les plus grands. L'établissement psychiatrique provincial, l'hôpital Riverview, a fermé ses portes. Nous avons donc mis sur pied, à l'île de Vancouver, des services qui remplaceront ce qui était offert par le passé. Nous avons adopté une approche de répartition, et nos programmes pour les patients en établissement à Victoria sont au centre de ce système. Les établissements résidentiels à Victoria, à Ladysmith et à Campbell River gravitent autour de ces programmes. Les établissements résidentiels de Ladysmith et de Campbell River ont ouvert leurs portes cette année et se sont révélés des ajouts importants aux services. Les personnes qui, par le passé, auraient été obligées de demeurer à Vancouver pendant de longues périodes peuvent maintenant habiter plus près de chez

We are also very proud of our addictions program. In Victoria we have VISTA, the Victoria Innovative Seniors' Treatment Approach, which has been in existence for I believe about 15 years. It is modelled after some of the best programs in the world, and it follows an outreach model.

When it comes to meeting the needs of frail elderly with addiction issues, I would emphasize that an outreach model is the standard of care. This group is hard to engage in treatment programs. They do not fit into the usual kinds of adult addiction programs, and being able to offer them a specialized approach, going into their homes, their residences or nursing homes and addressing their needs has been very effective.

We are also very excited about future developments for Greater Victoria with the development of a new in-patient unit. This patient care centre will replace some of the aging facilities at Royal Jubilee Hospital providing medical and surgical treatment. It will also house their geriatric psychiatry unit, and it will follow the principle of an elder-friendly hospital. I believe it may be among the first in Canada to do so. It will be exciting to be a part of that.

Dr. McLennan: In North Island, we are also trying a blended team of geropsychiatry and seniors health, using the same team of individuals with those two specialties. We are finding that we are able to increase the primary health care capacity of family physicians and the families to manage challenging cases, and we are seeing less acute care admissions as a result.

I will highlight one or two more key innovative things we are doing. One is a system we put in place in South Island to connect our in-patient unit and expand our outpatient unit so that we have a whole system of care for our seniors who have the most complex medical issues. There is some information in there about what we needed to rethink and the assumptions we changed to put the service in place. Our results indicate that we saved probably about 18 bed-days annually with a resource injection into that strategy.

We also do not have a wait list for our geriatric unit. We can actually get people in within a day or two. This rethinking of how we deliver care and having the comprehensive system in place are critical for moving ahead with the challenges we are facing.

Dr. Cooper mentioned the Integrated Health Network for At-Risk Seniors project that we are working on. This is a health innovation demonstrated project, and I will highlight the fact that

elle et obtenir les soins complexes dont elles ont besoin. Nous avons relié ces quatre unités de manière dynamique et intégrée afin d'en garantir une utilisation maximale.

Nous sommes également très fiers de notre programme de désintoxication. À Victoria, nous avons VISTA, c'est-à-dire la Victoria Innovative Seniors' Treatment Approach, qui, je crois, existe depuis 15 ans. Cette approche s'inspire des meilleurs programmes de par le monde, et elle suit un modèle d'intervention.

J'aimerais souligner que, quand il s'agit de répondre aux besoins d'ânés faibles qui ont des problèmes de dépendance, un modèle d'intervention est la norme en matière de soins. Il est difficile de faire participer ce groupe à des programmes de traitement. Il ne s'intègre pas aux programmes de désintoxication pour adultes réguliers. Le fait d'être capable de leur offrir une approche spécialisée, d'aller les chercher chez eux, dans leur résidence ou dans leur foyer, et de répondre à leurs besoins s'est révélé très efficace.

Nous sommes également très enthousiasmés par les nouveaux projets pour la grande région de Victoria, ce qui comprend une nouvelle unité d'hospitalisation. Ce centre de soins remplacera certains des établissements vieillissants du Royal Jubilee Hospital en fournissant des traitements médicaux et opératoires. Il accueillera également son unité de psychiatrie gériatrique, et il suivra le principe d'un hôpital adapté aux personnes âgées. Je crois qu'il s'agit d'un des premiers centres de ce genre au Canada. Il sera très excitant de faire partie de cette initiative.

Dr McLennan : Dans le nord de l'île, nous mettons également à l'essai une équipe composée de professionnels qui ont deux spécialités : la psychiatrie gériatrique et la santé des personnes âgées. Nous avons constaté que nous pouvons améliorer la capacité des médecins généralistes et des familles en matière de soins de santé primaires et de gestion des cas lourds. En conséquence, le nombre d'admissions dans les unités de soins de courte durée a diminué.

J'aimerais mettre en évidence une ou deux autres mesures novatrices que nous sommes en train d'adopter. L'une d'entre elles est un système que nous avons établi dans le sud de l'île pour relier notre unité de soins en établissement et de soins en clinique externe, ainsi que pour agrandir cette dernière, de manière à disposer d'un système global de soins pour les ânés qui ont des problèmes de santé très complexes. Vous avez de l'information sur les facteurs auxquels nous avons dû repenser et les hypothèses que nous avons dû modifier pour mettre le service en place. Nos résultats indiquent que les ressources que nous avons investies dans cette stratégie nous ont probablement permis de faire l'économie d'environ 18 jours-lits par année.

Nous n'avons également pas de liste d'attente pour notre unité gériatrique. Les gens peuvent être admis dans un jour ou deux. Cette nouvelle réflexion sur la manière dont nous fournissons des soins et le fait d'établir un système global sont essentiels si nous voulons commencer à relever les défis auxquels il faut faire face.

Le Dr Cooper a mentionné le projet du réseau de santé intégré pour les personnes âgées à risque auquel nous travaillons. C'est un projet novateur dans le domaine de la santé, et j'aimerais

we do need seed money. We must try new things and evaluate them strongly to know if they will make a difference. This is an example.

We have 15 networked physician offices. We have a model, which I have given you in the handout, that connects each of those physicians with a home care nurse. Usually home care nurses are geographically assigned to their cases. In this case, the nurse and the physician share the same caseload regardless of where people live, and that communication, planning and working together is powerful. We are using that in our model.

We are also adding additional disciplines, like nutritionists and pharmacists, to that physician's office and to those families to support them. They will be linked to that comprehensive geriatric unit, so if they need an in-patient unit or surgery, for example, we will have that transition of information and knowledge about this person's ability to be managed in the home.

The evaluation has 30 performance indicators, and one thing they will be looking at is a return on the investment of resources that have been put into this from a decreased acute care utilization perspective. We are really excited about that.

The strategy is around improving and increasing the capacity of the resources already in the community to do more and better work with our seniors with more knowledge and to have good access and quick access for those issues where a specialist is needed.

I will not go through the medication management work that we have been doing, but we are part of the Safer Healthcare Now! initiative, part of the national work that is going on. We have developed locally a tool in home care for some of the medication reconciliation and the review process and assessing risk, and that work is being shared with that national group. We are seeing that this is a huge issue in the community, and I think we heard the other day some local results of some emergency department visits and the problems we are having with medication, so it is a really important area.

The last thing I will highlight is a couple of opportunities I think we need to explore. One is that we need to work in partnerships with municipalities and First Nations and other community groups because we really need to think about what it is like to have an age-friendly community. We are fostering some work there.

You heard about the physical design issues in our new hospital tower here in South Island at the Royal Jubilee. I think we need to make sure those building adjustments and needs are happening across the board. We are looking at technology as a way to deal with getting service closer to where people live and using in the best way our professionals who may be in South Island for

souligner que nous avons besoin d'un capital de départ. Nous devons essayer de nouvelles choses et les évaluer de manière rigoureuse afin de déterminer si elles permettent des changements. Il s'agit d'un exemple.

Le réseau compte 15 cabinets de médecin. Il y a un modèle, que je vous ai distribué avec le document, qui relie chacun de ces médecins à une infirmière à domicile. Habituellement, les infirmières à domicile se voient assigner des patients selon une région géographique particulière. Dans le cadre du projet, l'infirmière et le médecin partagent les mêmes cas, quel que soit l'endroit où ces gens habitent, et cette manière de communiquer, de prévoir les interventions et de travailler de concert est très efficace. Nous nous en servons dans notre modèle.

Nous joignons également, à ces bureaux de médecin, d'autres professionnels, comme des nutritionnistes et des pharmaciens, pour venir en aide à ces médecins et à ces familles. Ces professionnels sont liés à l'unité de gériatrie globale. Ainsi, si un patient a besoin d'être hospitalisé ou de subir une opération, par exemple, nous aurons toute l'information nécessaire sur cette personne et pourrons déterminer s'il est possible qu'il soit traité à la maison.

L'évaluation comprend 30 indicateurs de rendement. L'un des aspects qui seront évalués est le rendement du capital investi dans ce projet, selon la réduction du nombre de personnes qui reçoivent des soins de courte durée. Nous sommes très enthousiasmés par ce projet.

La stratégie vise à améliorer et à augmenter la capacité des ressources dont dispose déjà la collectivité afin que nous fassions du meilleur travail auprès de nos personnes âgées, que nos connaissances soient améliorées et que les personnes âgées aient plus facilement accès à un spécialiste quand elles en ont besoin.

Je ne parlerai pas du travail que nous avons fait dans le domaine de la gestion des médicaments, mais nous participons à l'initiative Safer Healthcare Now!, qui est mise en œuvre à l'échelle nationale. À l'échelle locale, nous avons élaboré un outil, pour les soins à domicile, qui nous permet de travailler au bilan comparatif des médicaments, au processus d'examen et à l'évaluation des risques. Nous partageons, avec le groupe national, le travail que nous avons fait à cet égard. Nous avons constaté qu'il s'agit d'un problème de taille dans la collectivité, et, l'autre jour, nous avons entendu parler de certains incidents qui ont eu lieu dans les salles d'urgence locales et des problèmes liés aux médicaments. Il s'agit donc d'un problème très important.

La dernière chose dont j'aimerais parler concerne des occasions que, selon moi, nous devons explorer. Premièrement, nous devons travailler en partenariats avec les municipalités et les Premières nations, ainsi que d'autres groupes communautaires, afin de réfléchir à la notion de collectivités adaptées aux personnes âgées. Nous sommes en train de parrainer les travaux dans ce domaine.

Vous avez entendu parler des problèmes liés à la conception de la nouvelle tour du Royal Jubilee, ici, dans le sud de l'île. Je pense que nous devons nous assurer que ces modifications structurales, qui permettent de répondre aux besoins de la collectivité, sont réalisées partout où c'est nécessaire. Nous considérons la technologie comme une manière d'offrir des services plus près

patients in the North Island. We are looking at video conferencing and telephone transition support groups, and we are looking at innovative education approaches to keep our staff up to date on the latest information.

B.C. is doing some great work on collaborative provincial planning, which you may already have heard about. We have four provincial dementia projects on board this year as well as projects on stroke, and we are doing some work in the end-of-life area.

I would like to make two comments in conclusion. Our seniors' health strategy is evolving. We have started a seniors' forum in both South Island and Central Island to create a learning network that bridges between health and the community and our health authority leaders so that we can start to understand the issues and start to work in partnership. That will be key for us. We know we need to have creative solutions. We are getting some early experience about the aging population demands, and we are trying to be creative in our approach to meeting those demands.

Lyne England, Chair, Saanich Peninsula Health Association: Honourable senators and distinguished panel members, thank you for the opportunity to speak here today about this very important topic of aging.

I have read with interest other presenters' comments as your Senate committee has travelled across this great land of ours. I am heartened by some of the new perspectives and possible solutions that have been brought forward for consideration. Some of the possible options are enticing. Perhaps these suggestions will stimulate more dialogue that will lead to implemented solutions.

Roy Romanow concluded our health care system is "as sustainable as we want it to be." However, we continue to hear voices pushing for reform and increased privatization despite challenges from many quarters. There are many learned people who contend that as long as the economy continues to grow, our health care system is in fact sustainable.

We appreciate that as the aging population increases, their needs and wants will put an even greater demand on the resources available. We all know that. I hear this at various committees I participate in and at visits to many long-term care facilities.

As a registered nurse, teacher and personal care provider for family members, I have witnessed the demise of dignity in long-term care facilities. For this reason, we must consider the situation all residents in long-term care facilities are currently facing, for

des lieux où habitent les gens et de faire en sorte que nos professionnels qui travaillent dans le sud de l'île puissent traiter des patients qui habitent dans le nord de l'île. Nous sommes en train d'envisager les vidéoconférences et les groupes téléphoniques de soutien à la transition. Nous sommes également en train d'examiner des approches de formation novatrices qui nous permettront de tenir notre personnel au courant des dernières informations.

La Colombie-Britannique fait un travail exceptionnel dans le domaine de la planification provinciale collaborative. Vous en avez peut-être déjà entendu parler. Cette année, il y a quatre projets provinciaux sur la démence qui ont été lancés, ainsi que des projets sur les AVC. Nous sommes également en train de faire du travail dans le domaine de la fin de vie.

Pour conclure, j'aimerais faire deux commentaires. Notre stratégie sur la santé des personnes âgées évolue. Nous avons mis sur pied un groupe de discussion formé de personnes âgées dans le sud et la partie centrale de l'île afin de créer un réseau d'apprentissage qui établit des liens entre la collectivité et nos dirigeants en matière de santé afin que nous puissions commencer à comprendre les enjeux et à travailler en partenariat. Cela est essentiel pour nous. Nous savons que nous devons trouver des solutions novatrices. Nous tentons de tirer profit de nos expériences précoces relatives aux demandes de la population vieillissante, et nous tentons d'être innovateurs dans notre approche pour répondre à ces demandes.

Lyne England, présidente, Saanich Peninsula Health Association : Mesdames et messieurs, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous ici aujourd'hui sur ce sujet très important qu'est le vieillissement.

J'ai lu avec intérêt les commentaires des autres intervenants qui ont comparu devant votre comité sénatorial dans d'autres régions de notre merveilleux pays. Je suis très intéressée par certaines des nouvelles perspectives et des solutions possibles qui ont été soulevées. Certaines de ces options sont encourageantes. Ces suggestions permettront peut-être d'ouvrir un dialogue qui mènera à la mise en œuvre de solutions.

Roy Romanow a affirmé que « la viabilité de notre système ne dépend que de nous ». Cependant, de nombreuses voix continuent à promouvoir la réforme et une privatisation plus étendue malgré les contestations qui fusent de toutes parts. Un grand nombre de savants allèguent que, si l'économie continue de se renforcer, notre système de soins de santé est, en fait, viable.

Nous savons que, à mesure que la population vieillit, ses besoins et ses souhaits mettent de plus en plus de pression sur les ressources disponibles. Nous savons tous cela. J'entends ce commentaire à divers comités auxquels je siége et pendant mes visites dans de nombreux établissements de soins de longue durée.

En tant qu'infirmière autorisée, enseignante et fournisseuse de soins personnels pour membres de la famille, j'ai été témoin de la disparition de la dignité dans les établissements de soins de longue durée. Pour cette raison, nous devons tenir compte de la situation

unless the challenges of today can be managed, how can we possibly hope to manage in the future?

Since federal transfer payments were decreased in 1995, we have witnessed a correlation in the decline of care provision. This is not news. It is a fact that funding and staff shortages affect standards of care.

If there is adequate, consistent funding, there should be consistent staffing, which should also lead to consistent care. Residents should be activated regularly, repositioned and changed as frequently as required. Residents should be assistively fed in a calm, relaxed manner and responded to when they call for assistance in a timely and respectful manner. Residents should also be appropriately placed.

However, we do not witness this consistent quality care provision. Instead, we see and hear the residents' despair, the families' frustration, and the low staff morale.

Health care providers at all levels in Victoria are commended for doing their best under very difficult circumstances. Negotiated contracts have not been honoured, many registered nurses have been replaced by licensed practical nurses, and health care workers are choosing to work on a casual basis because of untenable workloads in long-term care. For these and many other reasons, all people working within the health care field should be saluted for their dedication, flexibility, compassion and caring for those they tend to daily.

We know residents entering long-term care are more fragile, with increased acuity of complex care needs, and we also know that we all strive for success and we should all be able to age successfully and fully to our potential wherever we are on the age scale or medical scale in residential care. This requires that residents' autonomy in long-term care be encouraged, not discouraged. It means aging holistically on all levels. It means nurturing residents as the unique individuals that are. It means continuity and comprehensive provision of care, not the minimum provision of care.

The new model of care implemented by the Vancouver Island Health Authority touts standardization of care, but we know uniformity provides continuity only if it is consistent, and that is not what occurs.

Before this model was introduced, long-term care facilities were chronically short-staffed. Now that the new model of care has been implemented, that has not changed. Further, one size does

dans laquelle se trouvent tous les résidents dans des établissements de soins de longue durée parce que, à moins que nous apprenions à gérer les défis actuels, comment pourrions-nous les gérer à l'avenir?

Depuis que les paiements de transfert fédéraux ont été diminués en 1995, il y a eu régression en ce qui concerne les soins fournis. Cela n'est pas nouveau. Il est prouvé que le manque de financement et les pénuries de personnel ont des répercussions sur les normes en matière de soins.

Un financement adéquat et régulier donne lieu à un personnel régulier, ce qui mène à des soins uniformes. On devrait permettre régulièrement aux résidents d'être actifs, et les repositionner et les changer aussi souvent que nécessaire. On devrait les aider à manger dans le calme et la tranquillité et leur répondre rapidement et avec respect quand ils demandent de l'aide. Les résidents devraient également être placés de manière appropriée.

Toutefois, cette prestation uniforme de soins de qualité n'est pas actuellement la norme. Nous sommes plutôt les témoins du désespoir des résidents, de la frustration des familles et du mauvais moral du personnel.

On félicite toutefois les fournisseurs de soins de santé de tous les échelons à Victoria, car ils font tout ce qu'ils peuvent dans des circonstances très difficiles. Les contrats qui ont été négociés ne sont pas respectés, de nombreuses infirmières autorisées ont été remplacées par des infirmières auxiliaires autorisées, et des travailleurs de la santé choisissent de travailler à titre occasionnel en raison des charges de travail insoutenables dans le domaine des soins de longue durée. Pour ces raisons et bien d'autres, toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé devraient être saluées pour leur conscience professionnelle, leur souplesse, leur compassion et les soins qu'ils dispensent quotidiennement aux patients.

Nous savons que les résidents qui sont admis dans les établissements de soins de longue durée sont plus frêles et ont des besoins plus grands en matière de soins complexes et de courte durée. Nous savons également que nous visons tous la réussite et que nous devrions pouvoir vieillir dans les meilleures conditions possibles et avoir accès à des soins appropriés en établissement, quel que soit notre âge ou notre état de santé. Pour cela, il faut que l'autonomie des résidents dans les établissements de soins de longue durée soit favorisée, et non le contraire. Il faut que le vieillissement se fasse de manière holistique. Il faut que l'individualité des résidents soit prise en considération quand ces derniers sont soignés. Il faut que les soins soient fournis régulièrement et de manière complète.

Le nouveau modèle de soins, mis en œuvre par l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver vise la normalisation des soins, mais nous savons que l'uniformité donne lieu à la continuité seulement si elle est régulière, et ce n'était malheureusement pas le cas.

Avant que ce modèle soit mis en œuvre, les établissements de soins de longue durée manquaient régulièrement de personnel. Le nouveau modèle de soins a été mis en œuvre, et cela n'a

not fit all when we are speaking of individuals with different needs.

What can be done to improve aging in facilities aside from bringing staff levels up to an acceptable staff-to-resident ratio?

Reinstatement of the transfer payments by the federal government to acceptable levels would be a start. Then resources should be allocated for specific outcomes. There must be clear protocols put in place with follow-up and standards of care that are monitored.

Whistle-blower protection should be put in place for residents, friends, family members and staff, for until the pervasive fear of retribution in long-term care is eliminated, these people are unlikely to speak out.

Further, there should be accountability and more transparency in health care, and every facility should have a family council in place to advocate for those in care.

We know that wrapping up a solid solution to health care is not an easy task. One cannot wrap every individual in the same sized package with the same amount of string to hold it together. It simply will not work.

We sincerely hope the results of hearings such as this will lead to more comprehensive and equitable funding for the residents who call long-term care their home.

The Chair: Thank you.

Dr. McLennan, you said that you had some seed funding. Is that on a temporary basis or on a permanent basis? Can you explain how you are able to move to this integrated care model?

Dr. McLennan: Last year the province had some health innovation funding. It was a competitive process. Some of the funding was for one year, which made it very challenging to put together the service to be able to demonstrate the effects. We were better-positioned in South Island where we had more comprehensive geriatric services to work with and we were able to show that we saved a lot of in-patient bed-days. We do not yet have our budget this year, but we have hope that that will be solid funding going forward.

In our Nanaimo area, at the centre of the island, we had no services to build on, so we really just got started. We hope we will be able to lay the foundation there to grow.

Part of what we need to do is evaluate and be clear about how all our resources are being used and be able to shift them internally. Some of this work will happen that way.

malheureusement pas changé. Par ailleurs, on ne peut répondre aux divers besoins de la population en mettant en œuvre une solution unique.

Que pouvons-nous faire pour améliorer les soins aux personnes âgées dans les établissements, outre le fait d'augmenter l'effectif pour qu'il présente un ratio employé-résident acceptable?

Le rétablissement des paiements de transfert fédéraux à des montants satisfaisants serait un début. Dès lors, les ressources devraient être consacrées à l'atteinte de résultats précis. On doit mettre en place des protocoles clairs, assortis d'un suivi et de normes de soins qui font l'objet de contrôles.

On devrait adopter des mesures visant à protéger les dénonciateurs, soit les résidents, les amis, les membres de la famille et le personnel, car, tant que ces personnes craindront des représailles, elles hésiteront à dénoncer les abus qui surviennent dans les établissements de soins de longue durée.

En outre, il faudrait accroître la responsabilisation et la transparence dans le domaine des soins de santé, et chaque établissement devrait avoir un conseil de famille qui défendrait les intérêts des résidents.

Nous savons qu'il n'est pas facile de parvenir à une solution solide pour régler les problèmes dans le domaine des soins de santé. En effet, on ne peut appliquer la même solution à tous, car tous les gens n'entrent pas dans le même moule. Une approche universelle ne fonctionnerait tout simplement pas.

Nous espérons sincèrement que les audiences comme celle-ci donneront lieu à un financement plus global et équitable des services destinés aux résidents qui vivent dans des établissements de soins de longue durée.

La présidente : Je vous remercie.

Docteure McLennan, vous dites que vous avez reçu du financement de démarrage. S'agit-il d'un financement temporaire ou permanent? Pouvez-vous nous expliquer comment vous pouvez passer à un modèle de soins intégrés?

Dre McLennan : L'an dernier, le gouvernement provincial a offert des fonds pour encourager l'innovation dans le domaine de la santé. Il s'agissait d'un processus concurrentiel. Certains des fonds étaient versés pendant une année, de sorte qu'il était très difficile de mettre le service sur pied en vue d'en montrer les effets. Dans le sud de l'île, nous étions mieux placés pour y parvenir, car nous pouvions nous appuyer sur une gamme plus étendue de services gériatriques et montrer que nous avions réduit le nombre de jours-patient. Nous n'avons pas encore fait notre budget, mais nous croyons que ces fonds constitueront un financement solide pour l'avenir.

Dans la région de Nanaimo, au centre de l'île, nous ne pouvions prendre appui sur aucun service, de sorte que nous n'en sommes qu'aux prémices. Nous espérons être en mesure de jeter les assises sur lesquelles nous appuyer.

Nous devons notamment évaluer et décrire clairement comment toutes nos ressources sont utilisées et être capables de les réaffecter à l'interne. Une partie de ce travail se produira de cette façon.

The primary integrated network that I spoke about is a three-year project, so there is a lot more rigour going forward in that.

There is probably not enough research. Many components will not get that high-level indicator measurement where we could concentrate on learning. For example, we are doing work in the residential care area with the family physicians to make sure that they are supported in end-of-life and good care. From that work, we will learn a lot about what is needed and required. It is hard to make a difference with short-term funding. Long-term funding is needed.

The Chair: When you mention health innovation funding, I assume you are talking about federal dollars.

Dr. McLennan: Those are provincial dollars. I believe the national dollars are gone, and that is a shame.

The Chair: Dr. Cooper, you mentioned the fact that geriatric psychiatrists visit all nursing homes and long-term care facilities in order to provide assistance. Does that include First Nations facilities here on the Island?

Dr. Cooper: I moved to Vancouver Island a couple of years ago from the Okanagan, so I have not been to all the facilities on Vancouver Island. I believe there are some First Nations-oriented facilities in Port Alberni, and indeed our geriatric psychiatrist does go out to those facilities in Port Alberni. There may be others up Island that I am not aware of.

Dr. McLennan: They do outreach to people up Island, so it would be wherever they are.

The Chair: Earlier this week our committee visited a facility in rural Manitoba, in Ste. Anne, which was beautifully developed. The plant facility was really quite magnificent. The next morning we went to visit a similar long-term care facility, this time on a First Nations community, and I have to tell you that the contrast in terms of physical plant was pretty dramatic.

First of all, let me say very openly that we saw the same kind of care being given to all patients, but quite frankly the physical facility was just totally unacceptable at Sagkeeng First Nation. They do not have visits from geriatric psychiatrists, and they are still playing a game of who has jurisdiction over this particular area.

Your premier has clearly made the statement that all people of British Columbia are citizens of British Columbia whether they are Aboriginal or non-Aboriginal. In my view, that statement needs to be made by nine other premiers in this country.

Le réseau intégré primaire dont j'ai parlé est un projet de trois ans; sa mise en œuvre requiert donc beaucoup plus de rigueur.

Il n'y a probablement pas suffisamment de recherches. Nombre de composantes n'obtiendront pas la mesure des indicateurs de haut niveau qui nous permettrait de nous concentrer sur l'apprentissage. Par exemple, nous collaborons avec les médecins de famille dans le domaine des soins en établissement pour qu'ils reçoivent un soutien adéquat dans la prestation de soins de fin de vie et de soins de qualité. Grâce à ce travail, nous pourrions cerner les besoins dans le domaine. Il est difficile d'obtenir des résultats quand on ne dispose que d'un financement à court terme. Il faut du financement à long terme.

La présidente : Lorsque vous parlez des fonds visant à encourager l'innovation dans le domaine des soins de santé, je présume qu'il s'agit de fonds fédéraux.

Dre McLennan : Ce sont des fonds provinciaux. Je crois qu'il n'y a plus de fonds fédéraux, et c'est déplorable.

La présidente : Docteur Cooper, vous avez mentionné le fait que les gérontopsychiatres visitent tous les foyers de soins et établissements de soins de longue durée pour offrir leur aide. Se rendent-ils également dans les établissements des Premières nations qui sont sur l'île?

Dr Cooper : Il y a deux ou trois ans, j'ai quitté la vallée de l'Okanagan pour venir m'établir sur l'île de Vancouver; je n'ai donc pas visité tous les établissements qui s'y trouvent. Je crois qu'il y a des établissements servant les Premières nations à Port Alberni, et, effectivement, nos gérontopsychiatres les visitent. Peut-être qu'il y a d'autres établissements dont je n'ai pas entendu parler dans le nord de l'île.

Dre McLennan : Ils visitent également les établissements situés dans le Nord de l'Île; ils vont donc partout.

La présidente : En début de semaine, les membres du comité ont visité un établissement situé dans une région rurale du Manitoba, plus précisément à Ste. Anne, qui était magnifiquement aménagé. Les installations étaient vraiment remarquables. Le lendemain, nous avons visité un établissement de soins de longue durée qui se comparait au premier et qui était situé dans une collectivité de Premières nations, et je dois vous dire que le contraste entre les deux sur le plan de l'aménagement physique était assez frappant.

D'abord, permettez-moi de dire très ouvertement que les soins offerts aux patients des deux établissements sont comparables, mais que, bien franchement, les installations dont dispose la collectivité de la Première nation des Sagkeeng sont tout simplement inacceptables. L'établissement ne reçoit pas la visite de gérontopsychiatres, et on joue encore à chercher de quelle compétence relève le service.

Votre premier ministre a clairement énoncé que tous les habitants de la Colombie-Britannique étaient des citoyens de cette province, qu'ils soient autochtones ou non. Selon moi, une telle déclaration devrait sortir de la bouche des neuf autres premiers ministres dans le pays.

Senator Mercer: Dr. Cooper, with respect to the new facility, you said that it was an elder-friendly hospital. Can you give me a snapshot of what is different about this facility as opposed to another facility I might visit?

Dr. Cooper: I am involved in planning our geriatric psychiatry unit, which will be half of one floor of this building. It is gratifying to know that all of the units will take elder-friendly considerations into the planning process. As to exactly what that looks like, I cannot give you a clear answer. However, I am getting a nudge from my colleague, so I will let Dr. McLennan give you a better picture.

Dr. McLennan: We are building on some research that was done by Belinda Parke at the University of Victoria. A complete manual has been developed based on that research about what it means to be elder-friendly, everything from the type of paint, the type of wall coverings, the railings. Rather than create a unit that is elder-friendly, the whole hospital will be built and designed and considered in terms of what elderly people need in visual cueing and other kinds of cueing to make them safe.

Ms. MacLean: I understand that there is also a component of elder-friendly that has to do with approach, philosophy and staff training. It is not just physical plant. Physical plant obviously has minimum standards, such as the lettering and font size of particular things like washroom labelling for the visually impaired. People as they are aging do not see so well.

Another component is the approach that teams take to work together in an integrated manner to treat somebody who might have a cognitive impairment at that late stage or a visual or auditory impairment. They might include family members in the planning model. An inclusive model involves planning well together as teams of professionals and community supports.

Dr. McLennan: That is a good point. I would note that a huge need across this country is education of our health care professionals about elder issues. We tend to want to move seniors off medical units because they are older, but that is the population. We are trying to work with nursing schools and other disciplines to get that message out there, and we are trying to work with our staff. That is a huge requirement for the health care system.

Senator Mercer: Dr. McLennan, you stated that there is no waiting list in the geriatric unit. That sort of shocked me. I am from Halifax. I have had occasion to talk to a lot of people. Waiting is what they do.

Le sénateur Mercer : Docteur Cooper, en ce qui concerne le nouvel établissement, vous avez dit qu'il s'agissait d'un hôpital adapté aux aînés. Pourriez-vous me donner un aperçu des caractéristiques de cet établissement qui font qu'il se distingue d'un autre que je pourrais avoir à visiter?

Dr Cooper : Je participe à la mise sur pied de notre service de gériopsychiatrie, qui occupera la moitié d'un étage de l'établissement en question. Il est gratifiant de savoir que l'organisation de tous les services tiendra compte des besoins des aînés. Quant aux particularités d'un établissement semblable, je ne peux vous fournir de réponse précise. Toutefois, ma collègue me fait signe, alors je vais laisser le soin à la Dre McLennan de vous brosser un portrait plus précis.

Dre McLennan : Nous nous inspirons de recherches qui ont été réalisées par Mme Belinda Parke, de l'Université de Victoria. Un guide complet a été conçu à partir de ces recherches, qui définissent les caractéristiques d'un établissement adapté aux aînés, que ce soit le type de peinture, de revêtements muraux ou de rampes. Plutôt que de seulement créer un service adapté aux aînés, on aménagera l'ensemble de l'hôpital en prenant en considération les besoins des aînés en matière de repères visuels et d'autres types de repères rendant le milieu sécuritaire.

Mme MacLean : Je crois comprendre qu'il y a aussi une composante des établissements adaptés aux aînés qui se rapporte aux méthodes, à la philosophie de gestion et à la formation du personnel. Il n'y a pas que l'aménagement physique. Évidemment, l'aménagement physique doit se conformer à un minimum de normes, comme la taille des caractères servant à indiquer l'emplacement des toilettes aux personnes ayant une déficience visuelle. À mesure qu'on vieillit, la vue diminue.

Une autre composante concerne les méthodes dont se servent les équipes pour travailler ensemble d'une façon intégrée quand vient le temps de traiter une personne pouvant présenter une déficience intellectuelle à un stade avancé ou une déficience visuelle ou auditive. Le modèle de planification pourrait tenir compte des membres de la famille. Un modèle inclusif se caractérise par une planification conjointe entre les équipes de professionnels et les groupes de soutien communautaires.

Dre McLennan : Vous avez souligné un bon point. J'aimerais faire remarquer que, partout dans le pays, il est primordial de sensibiliser les professionnels de la santé aux questions touchant les aînés. On a tendance à vouloir retirer les aînés des services de médecine générale parce qu'on les considère comme trop vieux, mais c'est la population en général qui vieillit. Nous essayons de collaborer avec les établissements offrant une formation en soins infirmiers et dans d'autres disciplines connexes pour que le message atteigne sa cible, et nous essayons de collaborer avec notre personnel. Il s'agit d'une exigence énorme pour le réseau des soins de santé.

Le sénateur Mercer : Docteur McLennan, vous avez affirmé qu'il n'y avait aucune liste d'attente dans le service de gériatrie. Cette déclaration m'a quelque peu ébranlé. Je viens de Halifax. J'ai eu l'occasion de discuter avec bon nombre de personnes. Elles n'ont d'autre choix que d'attendre.

Dr. McLennan: I wish I could tell you we do not have a waiting list in the outpatient area we have opened.

We try very hard to get those urgent cases there first, and we are able to get immediate access to our diagnostic and testing area; they get the same level of service in the outpatient clinic that they would get in an emergency department so that doctors can make a good medical determination of what is going on.

We have had people who would have been in for a good week's length of stay managed during the day in that service.

Senator Mercer: How have you managed to do that? Are your patient-to-staff ratios different than what we will find elsewhere? Has British Columbia invested more in this field, or is the hospital in Victoria just lucky?

Dr. McLennan: No, the hospital in Victoria is as challenged as any hospital in the country. I am only talking about my one geriatric rehabilitation specialty, geriatrician-managed program. By having a comprehensive set of services, being able to move people from an acute unit directly into this intensive outpatient area for a short period of time while they get their rehabilitation and some education and support, we have been able to make a tremendous difference in our flow of patients. It is critical.

Elderly people should have a hard look at their need for hospitalization. We know they lose 5 per cent of their muscle strength every day they are in bed. You can imagine, if they are sitting in an emergency room and then in a bed for a week because somebody does not have time to get them up, they are in trouble.

We have a geriatric team that can visit any acute care unit and make sure there is an elder-friendly plan in place. We have an aide that can go and do the activities with that senior so that they are not waiting for the unit staff to do it. We have been able to target and provide some service based on those needs wherever they are in our hospital system in South Island.

Senator Mercer: It would seem to me that these measures fall under the category of best practices. We are very interested in that. As you notice, in our report we talked about best practices. We will steal some of your ideas.

Dr. McLennan: I hope so. We need new ideas.

Senator Mercer: Imitation is flattery, as you know.

Dre McLennan : J'aimerais également pouvoir vous dire qu'il n'y a pas de liste d'attente dans le service de consultation externe que nous venons d'ouvrir.

Nous faisons de notre mieux pour diriger les cas urgents vers le service de consultation externe en premier, et nous pouvons obtenir un accès immédiat à nos services de diagnostic et d'examen. Le service de consultation externe offre la même qualité de services que le service des urgences, de sorte que les médecins peuvent réaliser une évaluation médicale appropriée.

Dans ce service, nous avons traité en une seule journée des personnes qui autrement auraient pu passer jusqu'à une semaine à l'hôpital.

Le sénateur Mercer : Comment avez-vous réussi à accomplir cela? Vos ratios patients-employé sont-ils différents de ceux que l'on trouve dans d'autres régions? La Colombie-Britannique a-t-elle investi davantage dans ces services ou l'hôpital situé à Victoria jouit-il tout simplement d'une situation privilégiée?

Dre McLennan : Non, l'hôpital à Victoria se voit imposer autant de contraintes que tout autre hôpital dans le pays. Je ne parle que de ma spécialité dans le domaine de la réadaptation gériatrique, c'est-à-dire de notre programme chapeauté par des gérontologues. Étant donné que nous offrons une gamme complète de services et que nous sommes en mesure de diriger les personnes ayant besoin de soins actifs directement vers ce service de consultation externe pour qu'elles y passent une courte période où elles peuvent se rétablir et recevoir de l'information et du soutien, nous avons été en mesure d'améliorer grandement les déplacements des patients. C'est fondamental.

Les personnes âgées devraient, le cas échéant, évaluer sérieusement si leur état requiert vraiment une hospitalisation. Nous savons qu'elles perdent 5 p. 100 de leur force musculaire chaque jour qu'elles sont alitées. On peut facilement imaginer que, si elles sont assises dans la salle d'attente de l'urgence et passent ensuite une semaine alitées parce que personne n'a le temps de les faire marcher, elles auront des problèmes de santé.

Nous avons une équipe de gériatrie qui peut visiter chaque service de soins actifs pour vérifier s'il a mis en place un programme axé sur les besoins des aînés. Nous avons un assistant qui peut se rendre sur place et faire participer la personne âgée aux activités, de sorte que celle-ci n'a pas à attendre que le personnel du service soit disponible. Nous sommes en mesure de définir les besoins des patients et d'y répondre par des services appropriés, peu importe où ces patients sont traités dans le réseau hospitalier du sud de l'île.

Le sénateur Mercer : Il me semble que ces mesures figurent dans la catégorie des pratiques exemplaires. Nous sommes très intéressés par cet aspect. Comme vous l'avez remarqué, nous parlons des pratiques exemplaires dans notre rapport. Nous allons voler certaines de vos idées.

Dre McLennan : Je l'espère bien. Nous avons besoin de nouvelles idées.

Le sénateur Mercer : On dit qu'il n'y a pas de plus beau compliment que l'imitation.

Ms. England: I have heard that report from you previously, Dr. McLennan, and it is wonderful that you do have that continuum of care for those people from acute care.

However, the muscle mass loss, the 5 per cent, becomes even more acute and critical when you do not have enough staff in long-term care to ambulate and mobilize these residents or even to turn them as required.

Senator Mercer: Ms. MacLean, you made a suggestion of a Registered Caregivers Savings Plan. I wrote it down but I did not understand it. What do you visualize in that?

Ms. MacLean: When people opt out of employment, guess what they also do? They are not contributing to their RSP plan and they do not have a vehicle with which to do it. Perhaps their employer, who was matching, no longer does that.

Imagine all of the ways that you actually plan for your future. I do not know that it is done anywhere else. For example, the U.K. and Australia have some pretty neat innovations, but the financial piece in terms of contributing is not there either. This would be a first-in-the-world approach; you will have to make it up. How might that look and under what policy provision would that work? It is simply a labelled retirement vehicle that is specialized so that caregivers are able to do it. I am no expert in that area.

Senator Mercer: I guess I am having difficulty. If a caregiver has opted out of whatever their other occupation is, how do they contribute to this? Or are you talking about perhaps having this plan early in life in anticipation of being a caregiver?

Ms. MacLean: No. Most people will say that this does not concern them now. They will not buy into that idea. Most of us respond when it becomes a looming issue in front of us. At what age do we start contributing anyway?

It would perhaps be a way to avoid having somebody cash in their RRSPs in order to care for a person. It could be a matching scenario through the government when we are looking at those people who are most at risk of financial instability and then going into another social service system. That is the trend: lack of contribution to your RSP, dropping out of the workforce, not contributing to your future or planning for it very well financially. Those are the people on social assistance.

Senator Mercer: They are perpetuating the problem.

Ms. MacLean: The policy development folks who have far greater knowledge than we do about those areas could look into it. How could it happen? Whose responsibility could it be? Whose shared responsibility? Could people be coached to not let go of

Mme England : Docteur McLennan, vous m'avez déjà fait mention de ce rapport, et il est extraordinaire que vous puissiez offrir cette gamme de services aux patients qui reçoivent des soins actifs.

Toutefois, la perte de masse musculaire, qui est de 5 p. 100, s'aggrave lorsqu'il n'y a pas assez de personnel dans les établissements de soins de longue durée pour aider les résidents à se déplacer ou même pour les tourner au besoin.

Le sénateur Mercer : Madame MacLean, vous avez proposé de créer un régime d'épargne pour les aidants naturels. J'ai noté votre idée, mais je ne l'ai pas très bien comprise. Qu'entendez-vous par cela?

Mme MacLean : Lorsqu'une personne se retire du marché du travail, qu'arrive-t-il? Elle ne cotise plus à son régime d'épargne-retraite et elle ne dispose d'aucun autre instrument pour épargner. Peut-être que son employeur cotisait à parts égales, mais qu'il ne le fait plus.

Imaginez toutes les façons qu'on utilise pour planifier son avenir. Je ne sais pas si on le fait ailleurs. Par exemple, le Royaume-Uni et l'Australie ont adopté des modèles assez novateurs, mais la dimension financière de la cotisation est absente. Il s'agirait d'une première dans le monde; vous devriez l'inventer de toutes pièces. À quoi ressemblerait ce régime et quelles dispositions régiraient son application? Il s'agit simplement d'un instrument d'épargne-retraite qui est spécialisé pour que les aidants naturels puissent cotiser à un régime de retraite. Je ne suis pas une experte dans ce domaine.

Le sénateur Mercer : Je crois que je ne saisis pas bien votre idée. Si un aidant naturel cesse d'exercer un emploi quelconque, comment peut-il cotiser à ce régime? Ou peut-être que vous voulez dire que cette personne commencerait à cotiser assez tôt à ce genre de régime en vue de devenir un jour un aidant naturel?

Mme MacLean : Non. La plupart des gens diront que cette situation ne les concerne pas pour l'instant. Ils ne souscriront pas à cette idée. La plupart d'entre nous ne réagissons que lorsque nous sommes acculés au pied du mur. De toute façon, à quel âge commençons-nous à cotiser?

Il s'agirait plutôt d'un moyen d'empêcher une personne de toucher à son REER pour s'occuper d'une autre personne. Le gouvernement pourrait cotiser en contrepartie, si l'on pense aux personnes les plus susceptibles de se retrouver dans une situation financière instable et qui finissent par dépendre d'un autre programme d'aide sociale. C'est la tendance qui se dessine : la personne ne cotise pas à un régime d'épargne-retraite, elle quitte le marché du travail, elle n'épargne pas pour son avenir ou elle ne planifie pas très bien son avenir sur le plan financier. C'est ce genre de personnes qui se retrouvent sur l'aide sociale.

Le sénateur Mercer : Elles perpétuent le problème.

Mme MacLean : Les responsables de l'élaboration des politiques, qui ont une connaissance beaucoup plus approfondie de ce domaine, pourraient se pencher sur cette question. Comment pourrait-on mettre un tel mécanisme en place? Qui en

that? Maybe the impetus is an awareness of what will happen to you if you do not have planning in place. Those financial issues are not even discussed.

Senator Cordy: Dr. Cooper, I was interested in your comments about addiction issues. When I hear about seniors with addictions, prescription drugs is what I think of.

When you said that the number one addiction was alcohol, I should not have been surprised, because I was on Senator Kirby's committee on mental health and mental illness. When we talk about addictions, we hear about the hard drugs, but the reality is that it is alcohol. Still, it did surprise me because I had not heard of alcoholism being a major addiction among seniors.

Have you done any research on alcoholism among seniors? Have they carried alcoholism with them through their life, or is it comorbidity, where the seniors have another illness but are dealing with it through alcohol? Are they self-medicating with alcohol because they have either a physical illness or touches of dementia?

Dr. Cooper: Looking at our statistics, the majority of cases coming to our VISTA program are alcohol-related. A much smaller percentage have the tranquilizer problem.

We are not doing research. I work mostly in the mental health side of things; I do not do the addictions side.

You are right: it is complex and there are multiple determinants. Alcoholism in the elderly is not a single entity by any means.

The biggest chunk I see, which I think the public is largely unaware of, is brain damage due to alcohol. A small but significant percentage of people drink for many years. Some people can drink for many years and not get brain damage, but a certain percentage get Korsakoff's syndrome. If you asked the general public what Korsakoff's syndrome is, you would get a blank stare. People are unaware of the huge impact it has.

Korsakoff's syndrome is incompatible with living independently because it affects short-term memory and frontal lobe function, that part of the brain function that gives us judgment and the capacity to solve problems. These people are in the community. They wind up in our emergency rooms in acute care; they go through alcohol withdrawal, and then they wind up

serait responsable? Qui en partagerait la responsabilité? Pourrait-on enseigner aux gens de ne pas renoncer à cela? Peut-être que les gens seront incités à épargner s'ils prennent conscience du sort qui les attend s'ils ne font pas de planification financière. On ne discute jamais de ces questions de nature financière.

Le sénateur Cordy : Docteur Cooper, vos commentaires sur les problèmes de dépendance ont piqué ma curiosité. Lorsque j'entends parler de personnes âgées aux prises avec des problèmes de dépendance, ce sont les médicaments d'ordonnance qui me viennent en tête.

Lorsque vous avez précisé que l'alcoolisme était la dépendance la plus commune, je n'aurais pas dû m'en étonner, parce que j'ai fait partie du comité responsable de l'étude sur la santé mentale et la maladie mentale, qui était sous la présidence du sénateur Kirby. Lorsqu'on parle de dépendances, on fait souvent allusion aux drogues dures, mais, en réalité, il est plus souvent question d'alcoolisme. J'ai tout de même été surpris, car je ne savais que l'alcoolisme était la principale forme de dépendance chez les aînés.

Avez-vous réalisé une recherche sur l'alcoolisme chez les aînés? Les personnes âgées aux prises avec cette forme de dépendance, ont-elles abusé de l'alcool tout au long de leur vie ou s'agit-il d'une comorbidité, en ce sens que leur consommation d'alcool est attribuable à la présence d'une autre maladie? Ces aînés tentent-ils de se soigner eux-mêmes avec de l'alcool parce qu'ils ont une maladie physique ou un début de démence?

Dr Cooper : Selon nos statistiques, la majorité des personnes qui participent au programme VISTA veulent traiter leur alcoolisme. Une proportion beaucoup plus faible de participants présente une dépendance aux tranquillisants.

Nous ne faisons pas de recherche. Mon travail s'articule surtout autour de la dimension de la santé mentale; je n'examine pas la question des dépendances.

Vous avez raison : c'est un phénomène complexe auquel participe une multiplicité de déterminants. L'alcoolisme chez les aînés n'apparaît jamais de façon isolée.

À cet égard, l'aspect le plus préoccupant, qui est en grande partie inconnu de la population, concerne les lésions cérébrales attribuables à la surconsommation d'alcool. Un pourcentage faible, mais tout de même significatif, de personnes consomment de l'alcool depuis nombre d'années. Certaines personnes peuvent boire pendant de nombreuses années sans que cela n'entraîne de lésions cérébrales, mais un certain pourcentage d'alcooliques finissent par être atteints du syndrome de Korsakoff. Si vous demandiez à la population en général ce qu'est le syndrome de Korsakoff, on vous regarderait d'un air ébahi. Les gens ignorent à quel point les conséquences de cette maladie sont importantes.

Le syndrome de Korsakoff empêche la personne atteinte de mener une vie autonome parce qu'il nuit à la mémoire à court terme et au fonctionnement du lobe frontal, partie du cerveau qui intervient dans le jugement et la résolution de problèmes. Ces personnes vivent dans la collectivité. Elles finissent par se retrouver dans les salles d'urgence des établissements de soins

going to nursing homes. I do not have statistics off the top of my head on that one.

In other groups, we are looking for depression as an underlying common cause, some people with chronic anxiety disorders who are using alcohol. Clearly, programs like VISTA play a key role in trying to address the many psychiatric and social determinants, including grief and loneliness, that might trigger alcohol problems in seniors. There is a large underinvestment in this area, but I do think our VISTA program could serve as a model throughout the country.

Senator Cordy: Ms. Stephen, do you see that in the work that you do?

Ms. Stephen: Yes, I do. One of our challenges is that these people come into retirement living and we actually do not know. Sometimes it is triggered by the death of a spouse.

The beauty of Victoria is that there is an avenue. Even in the private retirement assisted living or in the independent living that I operate, we can actually access one of the programs that Dr. Cooper looks after. Dr. Cooper and his colleagues do come in.

Our goal in retirement and assisted living is to maintain seniors in their home regardless of whether they have mental health issues. My experience from some quite challenging cases, and I still have them in independent living, is that these seniors work well in routines.

I am a nurse, not a geriatric specialist, but I am learning from the gerontologists the key alert signs, and then if I need intervention, I can access the health authority and get support coming in. It is often just a matter of adjusting medication. I learned how to deal with them in a counselling fashion and then we get over the hurdle.

In the independent living in B.C. I certainly get a lot of support, which I have never experienced in any other province I have worked in. That is why I am so supportive. I get more support from gerontologists than I do from general practitioners.

The Chair: I am a little confused with your definitions. You seem to distinguish clearly between supportive housing, which you define as independent, and assisted living. In many of the places I am familiar with, for example in Ottawa, the two are combined in the same building.

Ms. Stephen: We can be combined in the same building, but we are very clear in our definitions.

actifs, elles se soumettent à un sevrage alcoolique et aboutissent dans des foyers de soins. Je n'ai pas les statistiques en tête à ce chapitre.

Pour d'autres groupes de personnes, nous pensons que la dépression serait une cause sous-jacente commune, tandis que d'autres consomment de l'alcool en raison de troubles anxieux chroniques. À l'évidence, des programmes comme VISTA jouent un rôle essentiel dans le traitement de l'alcoolisme, car ils permettent de cerner les nombreux déterminants psychiatriques et sociaux, dont le deuil et la solitude, qui pourraient mener à l'alcoolisme chez les aînés. Il y a un sous-investissement important dans ce domaine, mais je crois que notre programme, VISTA, pourrait servir de modèle dans tout le pays.

Le sénateur Cordy : Madame Stephen, êtes-vous témoin de cas semblables dans le cadre de vos activités professionnelles?

Mme Stephen : Oui, en effet. L'une des difficultés, c'est que ces personnes emménagent dans des résidences pour retraités, et nous ne sommes pas au courant de leur situation. Parfois, le problème survient après la mort de l'époux.

Or, ce qui est merveilleux à Victoria, c'est qu'il y a des ressources. Même dans les établissements privés d'aide à la vie autonome ou dans les centres de vie autonome que j'exploite, les résidents peuvent accéder à l'un des programmes que chapeaute le Dr Cooper. Le Dr Cooper et ses collègues visitent ces établissements.

Les résidences pour retraités et les établissements d'aide à la vie autonome visent à permettre aux aînés de continuer à vivre à la maison, qu'ils aient ou non des problèmes de santé mentale. J'ai retenu de mon expérience avec des personnes dont le cas était particulièrement exigeant — et ces personnes demeurent toujours dans des centres de vie autonome — que ces aînés ont besoin d'une routine de vie.

Je suis infirmière, non une gérontologue, mais les gérontologues m'ont appris à reconnaître les principes signaux d'alarme, et si j'ai besoin de l'intervention de spécialistes, je peux communiquer avec l'autorité de la santé qui m'enverra de l'aide. Souvent, un simple rajustement de la dose des médicaments suffit. J'ai appris à me servir de méthodes de counselling pour traiter avec eux, puis nous passons à autre chose.

En Colombie-Britannique, dans les centres de vie autonome, j'obtiens beaucoup de soutien, ce qui n'était pas le cas dans les autres provinces où j'ai travaillé. Voilà pourquoi je me montre aussi coopérative. J'obtiens plus de soutien de la part des gérontologues que j'en reçois des omnipraticiens.

La présidente : Vos définitions me rendent quelque peu confuse. Vous semblez faire une nette distinction entre les logements supervisés, que vous considérez comme favorisant l'autonomie, et les établissements d'aide à la vie autonome. Nombre des endroits que je connais, par exemple ceux qui se trouvent à Ottawa, réunissent les deux types d'établissement sous un même toit.

Mme Stephen : Un même établissement peut offrir à la fois des logements supervisés et des services d'aide à la vie autonome, mais nos définitions sont très claires.

I do not know whether you have talked to the Assisted Living Registrar in British Columbia. I noticed she was not on the witness list, and I think she is a key person. We in the industry are clear, but I do not think the public is clear. As one involved in independent and supportive living, I know well the level that I can go to. After that, when residents come in, if they are not appropriate for independent living, they need to go to assisted living. We have many facilities.

The association widened our membership to include assisted living because many places are being built with assisted living on the ground floor and independent and supportive on the other floors. You have to be very clear or you will end up with the comment you had in your report saying that many places are doing more than assisted living; they are almost into the complex care.

In British Columbia we have very clear definitions, which we had to get because all of a sudden the Assisted Living Registrar descended on us. None of us in the industry knew that was going to happen. Our association has worked closely with the registrar to be clear. Our job is to go out and educate our members.

I also work as a peer reviewer for the registrar. If facilities are having some difficulties, then she will delegate authority to me to go in, review the situation and come back with recommendations.

For me, it is very clear delineation.

The Chair: I am glad it is clear for you because I am not sure it is clear for many other people.

What concerns me is your statement that you do not feel that you need to be regulated. When somebody comes to me and says, "We do not need to be regulated," I must say that my ears go up.

Ms. Stephen: I understand that. I am not talking about assisted living or complex care, I am talking about independent support where the people are cognitively intact. They can make their own decisions. All we do is support optional meal service, housekeeping once a week and laundry service once a week. Other than that, they live totally independently. Many of them are volunteers in the community. Some of them even have part-time jobs. I am talking only about the hospitality model of independence. We already have regulation in assisted living in the health and safety here in B.C.

Je ne sais pas si vous avez communiqué avec le registraire de la Colombie-Britannique. J'ai remarqué qu'aucun de ses représentants ne figurait sur votre liste de témoins, et je crois qu'il s'agit d'un organisme clé. Les gens de notre milieu s'appuient sur des définitions précises, mais je ne crois pas que la population en général en fasse autant. Comme j'évolue dans le milieu des logements supervisés favorisant l'autonomie, je sais jusqu'où je peux aller. Ainsi, lorsque de nouveaux résidents ne sont pas de bons candidats aux logements supervisés, ils doivent se tourner vers l'aide à la vie autonome. Nous comptons de nombreux établissements.

L'association compte maintenant au nombre de ses membres les établissements d'aide à la vie autonome, car bon nombre d'endroits ont des logements avec services d'aide à la vie autonome au rez-de-chaussée et des logements supervisés favorisant la vie autonome aux étages supérieurs. Vous devez être très clair; autrement, vous recevrez des commentaires semblables à ceux que contient votre rapport et selon lesquels bon nombre d'établissements offrent plus que des logements supervisés, dans la mesure où ils dispensent presque des soins complexes.

En Colombie-Britannique, nous pouvons nous appuyer sur des définitions très claires, que nous avons dû mettre en place parce que le registraire nous a pris de court. Aucun de nous dans le milieu ne savait qu'une telle situation allait se produire. Notre association a collaboré étroitement avec le registraire pour mettre les choses au clair. Notre travail consiste à renseigner nos membres.

Je travaille également comme pair examinateur pour le registraire. Si un établissement est aux prises avec des difficultés, le registraire m'autorise à aller visiter l'établissement en question, à examiner la situation et à lui fournir des recommandations.

Pour moi, la distinction est très claire.

La présidente : Je suis heureuse que cela soit clair pour vous parce que je suis persuadée que ça ne l'est pas pour bien d'autres personnes.

Votre déclaration selon laquelle vous n'avez pas l'impression que vous avez besoin de faire l'objet d'une réglementation me préoccupe. Lorsqu'une personne me dit : « Nous n'avons pas besoin d'être soumis à une réglementation », je dois vous avouer que cela pique ma curiosité.

Mme Stephen : Je comprends. Je ne parle pas des établissements d'aide à la vie autonome ou de soins complexes, je parle des logements supervisés occupés par des résidents dont les facultés cognitives sont intactes. Ils peuvent prendre leurs propres décisions. Tout ce que nous faisons, c'est d'offrir des services optionnels : services de repas et services d'entretien ménager et de buanderie hebdomadaires. À part cela, ils vivent de façon totalement autonome. Bon nombre d'entre eux sont des bénévoles dans la collectivité. Certains ont même un travail à temps partiel. Je ne parle ici que du modèle d'autonomie axé sur l'accueil. En Colombie-Britannique, il y a déjà une réglementation en matière de santé et de sécurité qui s'applique aux établissements d'aide à la vie autonome.

I have just come back from the ORCA conference in Ontario. When I heard about what is going on there, I thought, wow, this is really complicated. Our definition is much cleaner. We are up against a hurdle. This government, and we have met with the minister, is wanting us to explore this because this government does not want more regulation and more government interference, but we have to protect our seniors.

Senator Cordy: I will get back to the addiction issues. I am wondering about your outreach service for adults with addictions and how that works and who makes the decision that they will get the outreach services. Do you get referrals from family members? Does the person come to you? If the person does not want help, you are banging your head against the wall.

Dr. Cooper: Referrals come from all of those sources plus many from family physicians and many from the home and community care programs where a home care nurse might identify a problem. Indeed, many of the patients or clients are quite reluctant to be engaged in the process.

One difference with the outreach model is that our team will persist in their efforts to engage that person, within certain limitations obviously, but they are very skilled at engaging these people, working with families where families are available. In many cases these seniors are quite isolated, and that becomes a difficulty. It is, again, a strength of our program.

Senator Cordy: You also recognize, as you said earlier, the possibility of comorbidity, so all of those things are taken into account.

Dr. Cooper: Yes.

Senator Cordy: Ms. England, I am interested in your comment about dealing with abuse of seniors and the need for whistle-blower legislation. We heard about abuse yesterday in Vancouver and also from other people across the country and when we were in Ottawa. We have heard of situations where family members go in to complain or to raise an issue and they are told, "If you keep complaining, your mother or father or sister will be removed from the home."

How do you feel whistle-blower protection would solve the problem? On paper, it sounds terrific. In reality, how would it work?

Ms. England: It is sad to hear that you have heard this elsewhere, although I know it is prevalent across Canada and in other countries as well.

Je viens tout juste de participer à la conférence de l'ORCA qui s'est tenue en Ontario. Lorsque j'ai appris comment les choses se passaient là-bas, je me suis dit qu'ils se compliquaient vraiment la vie. Notre définition est beaucoup plus précise. Nous sommes face à un obstacle. Le gouvernement actuel, et nous avons rencontré le ministre, veut que nous nous penchions sur la question parce qu'il ne tient pas à réglementer et à s'ingérer davantage, mais nous devons protéger les aînés.

Le sénateur Cordy : Je vais revenir sur la question des dépendances. Je m'interrogeais au sujet du service d'approche destiné aux adultes aux prises avec des problèmes de dépendance. Comment ce service fonctionne-t-il et qui oriente la personne alcoolique ou toxicomane vers le service d'approche? Est-ce que ce sont des membres de la famille qui dirigent cette personne vers vous? Est-ce que c'est la personne elle-même qui communique avec vous? Si la personne ne veut pas être aidée, vous frappez un mur.

Le Dr Cooper : Toutes les sources que vous avez mentionnées peuvent guider la personne vers notre service, mais elle peut également être dirigée par des médecins de famille et par des programmes de soins à domicile et en milieu communautaire si une infirmière remarque que la personne en question a un problème de dépendance. Bien entendu, nombre de patients ou de clients hésitent beaucoup à participer à cette démarche.

Le modèle d'approche se distingue des autres modèles dans la mesure où les membres de notre équipe persévéreront dans leurs efforts pour faire participer la personne, à l'intérieur de certaines limites, à l'évidence, mais ils sont très doués pour motiver la personne à s'engager dans cette démarche, et ils collaborent avec la famille si celle-ci est disponible. Dans bien des cas, les aînés qui présentent ce genre de problèmes sont assez isolés, ce qui rend la tâche difficile. Encore une fois, c'est l'une des forces de notre programme.

Le sénateur Cordy : Vous reconnaissez également, comme vous l'avez dit plus tôt, qu'il peut y avoir une comorbidité, de sorte que tous ces éléments doivent être pris en considération.

Le Dr Cooper : En effet.

Le sénateur Cordy : Madame England, vos propos sur la violence envers les aînés et sur le besoin de mesures législatives visant à protéger les dénonciateurs ont piqué mon intérêt. Des gens ont abordé la question de la violence, hier, à Vancouver, tout comme l'ont fait d'autres personnes dans le pays, dont celles que nous avons entendues à Ottawa. Nous avons entendu parler de situations où les membres de la famille portent plainte ou font part de leurs inquiétudes et où on leur dit : « Si vous continuez de vous plaindre, votre mère ou votre père ou votre sœur devront quitter la résidence. »

Selon vous, en quoi la protection des dénonciateurs réglerait-elle le problème? Sur papier, l'idée semble formidable, mais, en réalité, comment pourrions-nous la mettre en pratique?

Mme England : Cela m'attriste d'apprendre que vous ayez entendu des témoignages semblables ailleurs dans le pays, quoique des abus de cette nature arrivent fréquemment au Canada et dans d'autres pays.

The fear that people experience not speaking up allows this to continue. If people do speak up, there is a certain amount of protection there. It is incumbent upon us to make everyone in long-term care feel comfortable enough to speak up if a wrong is being done. Whether it be a social or emotional issue or a physical issue, we must know about it before we can make it right.

Senator Cordy: There is financial abuse, also.

Ms. England: Financial as well, yes.

I would like to comment on Dr. Cooper's program. I know that alcohol abuse and drug abuse occur in long-term care settings, and I would be very interested to know how quickly his team can access those problems in long-term care. Oftentimes inappropriate placements come into long-term care with these very problems, and I see it taking many, many weeks, with staff that are ill-qualified to deal with these specific issues having to cope with that along with all of the other pressures they are under.

Ms. Stephen: Could I make a comment on the whistle-blowing statement? Many of our organizations have such a policy. I do not know whether the Vancouver Island Health Authority has that, but certainly my organizations and many of my member associations do have whistle-blower policies in place to allow staff to come forward if there is an issue and not be penalized for it. That is a proactive measure.

The Chair: The reality is that while those provisions may exist, we know that whistle-blowing does not happen. It is not just with the care of the elderly. You can have it with the care of a child in a child care centre or even in a school, where parents are reluctant to complain because perhaps the teacher or the child care worker will take that out on the child who is vulnerable.

The same thing happens with seniors, and the fear is that if I complain about my mom's care, they will not take it out on me; they will listen politely but then take it out on my mother after I leave.

I think that is the issue Ms. England was trying to address. By having some form of legislation, then you put in some protection for those individuals that is not presently there, although there may be goodwill in terms of policy to have it there.

I will end with a question to all of you. Most, if not all of you, have read our report. If you were in our shoes and had to make one overall, overarching recommendation, what would it be?

Ms. MacLean: Can we have a top 10?

Puisque les gens ont peur de dénoncer ces actes, la situation ne s'améliore pas. Si les gens décident de parler, ils peuvent compter sur une certaine forme de protection. Il nous appartient de faire en sorte que toutes les personnes évoluant dans le milieu des soins de longue durée se sentent assez en sécurité pour dénoncer des actes semblables. Qu'il s'agisse de violence de nature sociale, émotionnelle ou physique, nous devons le savoir pour corriger la situation.

Le sénateur Cordy : Il y a également des cas d'exploitation financière.

Mme England : Oui, en effet.

J'aimerais faire des observations concernant le programme du Dr Cooper. Je sais que l'alcoolisme et la toxicomanie sont présents dans le milieu des soins de longue durée, et je serais très curieuse de savoir dans quel délai son équipe peut traiter les cas de dépendance. Souvent, dans les établissements de soins de longue durée, on place à tort des personnes aux prises avec ce genre de problèmes, et elles attendent pendant de très nombreuses semaines pour être traitées par un personnel qui n'est pas assez compétent pour régler ce genre de situation, car il doit également composer avec diverses autres contraintes.

Mme Stephen : Pourrais-je commenter la déclaration concernant la protection des dénonciateurs? Bon nombre de nos organisations ont mis en place une politique à cet égard. Je ne sais pas si c'est le cas de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver, mais nos organisations et nombre de nos associations membres ont adopté une politique relative à la protection des dénonciateurs pour permettre aux membres du personnel de ne pas être pénalisés s'ils dénoncent des cas de violence. Il s'agit d'une mesure proactive.

La présidente : En réalité, même si ces dispositions existent, nous savons que les gens ne dénoncent pas de tels actes. Ce phénomène ne se produit pas seulement dans le milieu des soins aux aînés. Il peut se produire dans les centres de la petite enfance ou dans les écoles, où les parents hésitent à se plaindre, car ils craignent que l'enseignant ou l'éducateur ne se venge sur l'enfant qui est vulnérable.

La même chose se produit avec les aînés : les gens craignent que, s'ils se plaignent des soins que reçoivent leur mère, le personnel ne s'en prendra pas à eux; il les écouterait poliment, puis il s'en prendra à leur mère une fois qu'ils seront partis.

Je crois que c'est la question que tentait de soulever Mme England. Il faudrait d'abord adopter des mesures législatives, puis mettre en place une certaine forme de protection pour ces personnes si elles n'en ont pas, quoiqu'il pourrait y avoir une volonté de mettre en place une politique semblable.

J'aimerais terminer par une question. La plupart, sinon la totalité d'entre vous, avez lu notre rapport. Si vous étiez à notre place et que vous deviez faire une seule recommandation globale, quelle serait-elle?

Mme MacLean : Pourrait-on donner les dix principales?

The Chair: Yes, you can. What would you want in the top 10? That is probably easier.

Ms. MacLean: Certainly we need a national framework that encompasses seniors' issues, something that a federal body stands behind where these issues can come together in a collaborative and cross-functional way. That does not exist. We have great pockets; we do not have a glue.

For example, our request would be to have a federal expert advisory panel on caregiving. I will even concede a federal expert advisory panel on all things to do with the aging population, and that would encompass that piece for us if nothing else happened. One function would be to give national scope to some of the issues that are not quite so prevalent and that people are not talking about. It would shine a light on them and they would become something that we can all work on together.

Ms. Stephen: I tend to go in the same direction. Our association does support the non-regulatory model, but I have learned from this that the definitions are not clear. I have a document that British Columbia is working on — I will send it to the clerk just for interest's sake — because there is a way that we can do it and still protect our seniors.

Again, I want to be very clear, I am not talking about the licensed care; I am not talking about the people who come under the Vancouver Island Health Authority.

In looking at gerontology and the programs that the doctors have talked about, we need to enable support into these retirement residences, where we can keep seniors in their homes without putting them into an acute care sector.

Dr. Cooper: Having national benchmarks that would set a standard for all areas of Canada to strive towards and to bring Canada up to the same standard of care that is being achieved in many other countries, especially Scandinavian countries, the U.K., and Australia. I believe Canada is currently falling behind in many areas where standards are available. We are especially falling behind in the area of our complex care residential facilities, and we need to invest considerably more in providing a full range of residential care facilities for that population of seniors that is the most vulnerable and the most complex medically and also has the highest rate of mental health issues.

Dr. McLennan: We need to support some knowledge networks between research and practice, and we actually need to challenge some of our assumptions. We have been challenging assumptions around seniors' abilities as opposed to their medical problems.

La présidente : Oui, vous le pouvez. Quelles seraient les dix principales recommandations? L'exercice serait probablement plus facile.

Mme MacLean : Nous avons certainement besoin d'un cadre national qui regroupe toutes les questions relatives aux aînés, une initiative chapeautée par un organisme fédéral pour que ces questions soient examinées au moyen d'une approche collaborative et intersectorielle. Un tel cadre n'existe pas. Nous avons des pierres importantes de l'édifice, mais nous n'avons pas le ciment qui les unit.

Par exemple, nous aimerions que le gouvernement fédéral crée un comité consultatif de spécialistes chargés d'examiner la question de la prestation des soins. Je serais même satisfaite si le gouvernement fédéral formait un comité consultatif d'experts qui se pencherait sur tous les aspects liés au vieillissement de la population, de sorte qu'on ne serait pas laissé en plan si aucune autre initiative n'est mise en œuvre. Le comité aurait entre autres pour mandat d'envisager dans une optique nationale les problèmes qui ne sont pas très courants et dont on ne parle pas. On pourrait donc les mettre en lumière et travailler ensemble à la recherche de solutions.

Mme Stephen : J'aurais tendance à aller dans la même direction. Notre association prône un modèle non réglementé, mais j'ai appris qu'un tel modèle rendait les définitions confuses. J'ai un document sur lequel travaille le gouvernement de la Colombie-Britannique — je vais le faire parvenir à la greffière dans l'éventualité où quelqu'un voudrait le consulter — parce qu'il y a une façon d'y parvenir tout en protégeant les aînés.

Encore une fois, je veux être très claire : je ne parle pas des services accrédités ni des gens qui relèvent de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver.

Si on considère le domaine de la gérontologie et les programmes dont les médecins ont parlé, nous devons offrir des services de soutien dans ces résidences pour retraités où les aînés peuvent continuer à vivre à la maison plutôt que d'être placés dans des établissements de soins actifs.

Dr Cooper : Il faudrait mettre en place des balises nationales qui fixeraient les normes à respecter dans toutes les régions du Canada pour que la qualité des soins au pays soit comparable à celle que l'on retrouve dans de nombreux pays, particulièrement les pays scandinaves, le Royaume-Uni et l'Australie. Je crois que le Canada traîne actuellement de l'arrière dans de nombreux secteurs où des normes existent. Nous accusons particulièrement un retard dans le domaine des résidences de soins complexes, et nous devons faire des investissements considérables pour être en mesure d'offrir une gamme complète d'établissements de soins aux personnes âgées qui sont les plus vulnérables, dont l'état de santé requiert des soins particuliers et qui présentent le taux le plus élevé de troubles mentaux.

Dre McLennan : Nous devons soutenir des réseaux de savoir entre la richesse et la pratique, et nous devons en fait remettre en question certaines de nos idées préconçues. Nous tentons de réexaminer nos hypothèses concernant les capacités des aînés

We need new frames for looking at things, so we need a way to have evidence, informed practice, and practice-informed research that is tightly linked.

Ms. England: I would like to see an independent watchdog for seniors in place; legislated whistle-blower protection, which I have already mentioned; appropriate staff ratios; and family councils in each and every facility that would liaise effectively with the Vancouver Island Health Authority.

Dr. Cooper, I stand behind what you said about the standards.

Professor Ruggeri, the economics professor from the University of New Brunswick, presented an intriguing and provocative idea: his proportional-based transfer of money to provinces that have faster-growing aging populations than those that do not, it being a transitory thing.

Ms. MacLean: I will definitely get back to the committee on the registered caregiving savings plan. I will do a little homework with my colleagues and give you some more information on that.

The Chair: Excellent. I will end with a quote that Ms. England provided because it is extremely important for the work that we are doing. It is by Martin Luther King, Jr.: "Our lives begin to end the day we become silent about things that matter."

With that, I would like to thank each and every one of you.

The committee adjourned.

VICTORIA, BRITISH COLUMBIA, Thursday, June 5, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senator, as our first witnesses this afternoon, I would invite Carol Pickup, Dale Perkins, Judith Cameron and Elfreda Schneider to the table, please.

Carol Pickup, South Island Health Coalition, as an individual: I am very pleased to appear before you. I must say, however, that your appearance was not well-advertized, so my presentation is very much off-the-cuff.

I currently serve as co-chair of the South Island Health Coalition. Most recently we have been focusing on seniors' health issues, so certainly your panel is of great interest to us. I also serve as a seniors' advocate with the Greater Victoria Seniors.

plutôt que de nous pencher sur leurs problèmes de santé. Nous devons considérer les choses sous des angles nouveaux, de sorte que nous avons besoin de données probantes, de pratiques éclairées et de recherches fondées sur la pratique, aspects qui sont tous étroitement liés.

Mme England : J'aimerais qu'il y ait un organisme de surveillance indépendant pour les aînés; des mesures législatives garantissant la protection des dénonciateurs, comme je l'ai déjà mentionné; des ratios employés-résidents appropriés; et des conseils de famille dans chaque établissement qui communiqueraient efficacement avec l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver.

Docteur Cooper, j'appuie vos propos concernant l'adoption de normes.

M. Ruggeri, professeur d'économie à l'Université du Nouveau-Brunswick, a soumis une idée intrigante et controversée : des paiements de transfert proportionnels aux provinces dont la population vieillit le plus rapidement, mesure qui serait transitoire.

Mme MacLean : Je vais fournir de plus amples détails au comité au sujet du régime d'épargne-retraite enregistré pour les aidants naturels. Je vais travailler là-dessus avec mes collègues et je vous en reparlerai.

La présidente : Excellent. Je vais conclure par une citation que Mme England nous a fournie parce qu'elle sied parfaitement au travail que nous faisons. C'est une citation de Martin Luther King Jr : « Le jour où nous cessons de nous prononcer sur des sujets importants marque le début de la fin de notre vie. »

Cela dit, j'aimerais tous vous remercier.

La séance est levée.

VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE, le jeudi 5 juin 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 13 heures pour examiner, afin d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, comme premiers témoins cet après-midi, j'invite Carol Pickup, Dale Perkins, Judith Cameron et Elfreda Schneider à la table, si vous voulez bien.

Carol Pickup, South Island Health Coalition, à titre personnel : Je suis très heureuse de comparaître devant vous. Je dois dire, cependant, que votre venue n'a pas fait l'objet de beaucoup de publicité, alors ma présentation sera plutôt improvisée.

Je suis actuellement coprésidente de la South Island Health Coalition. Ces derniers temps, nous nous sommes concentrés sur les enjeux de la santé des personnes âgées, et c'est la raison de l'intérêt que nous portons à vos délibérations. Je suis aussi un porte-parole des aînés de l'organisme Greater Victoria Elders.

I totally support the comments made by Lyne England. I work with Ms. England, and she knows firsthand what is happening particularly in residential facilities right now.

I would like to emphasize to the committee the need for much more accountability in the system as a whole and with seniors in particular.

I am sure you have seen the reports of the Health Council of Canada. One of the comments they make in their 2007 report is that they are quite concerned about the issue of accountability and transparency in health care. They make the point, as well, that it is troubling that the first ministers have not reported this year on comparable health indicators as agreed in the 2003 accord and that the federal-provincial-territorial committee that oversees the work has been disbanded. That is regrettable. I wonder if the committee understands that that has happened. I think there was great promise in the Health Council of Canada to establish more accountability and transparency in terms of health issues, particularly vis-à-vis monies that come from the federal government to the provinces and territories. It is disturbing that those bodies did not report in to the Health Council of Canada as to how they spent those monies. They have literally not been accountable.

I would also like to point to the fact that the 2008 report from the Health Council of Canada talks specifically about primary health care and home care renewal. Those are two extremely important topics as far as I am concerned.

You will recall that we had a commission on health in the early 1990s in British Columbia, the theme of which was "Closer to Home." Many more services are needed for seniors closer to home, for example, home care. Seniors need access to dental and eye care, services not covered under the Canada Health Act. Poor dental care in particular can severely impede seniors' ability to achieve health, whether they are at home or wherever, and I am not sure that those services are provided within the institutional setting. It is something we need to think about.

Vis-à-vis Ms. England's remarks, we are very unhappy with the privatization of food services within British Columbia in our residential care facilities. Meals are prepackaged — some come from as far away as Winnipeg — frozen and then reheated. Residents and families are very dissatisfied with the privatization of food services in facilities.

Dr. Patricia Baird from University of British Columbia chaired the Premier's Council on Aging and Seniors' Issues for the province. She was appointed by the premier of the province and reported in November 2006.

J'appuie sans réserve les propos de Lyne England. Je travaille avec Mme England, et elle sait de première main ce qui se passe particulièrement dans les centres d'accueil actuellement.

Je voudrais insister auprès du Comité sur la nécessité d'une bien plus grande responsabilisation dans le système dans son ensemble, et relativement aux aînés en particulier.

Je suis sûre que vous avez vu les rapports du Conseil canadien de la santé. L'un des commentaires qu'il a faits dans son rapport de 2007 est qu'il se préoccupe beaucoup de l'aspect de la responsabilisation et de la transparence en matière de santé. Il fait ressortir, aussi, qu'il est troublant que les premiers ministres n'aient pas fait de rapport cette année sur des indicateurs comparables de la santé comme il en avait été convenu dans l'accord de 2003, et que le comité fédéral-provincial-territorial qui supervise ce travail ait été démantelé. C'est regrettable. Je me demande si le comité sait que c'est arrivé. Je pense que l'on comptait grandement sur le Conseil canadien de la santé pour établir plus fermement la responsabilité et la transparence en ce qui a trait aux enjeux de la santé, particulièrement au plan des fonds que verse le gouvernement fédéral aux provinces et territoires. Il est troublant que ces organes n'aient pas rendu compte au Conseil canadien de la santé de la manière dont ils ont dépensé ces fonds. Ils ont, littéralement, manqué de responsabilité.

J'aimerais aussi souligner le fait que le rapport de 2008 du Conseil canadien de la santé traite précisément de renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile. Ce sont là, en ce qui me concerne, des sujets d'une extrême importance.

Vous vous souvenez certainement que nous avons eu une commission sur la santé au début des années 1990 en Colombie-Britannique, dont le thème était « Closer to Home », « Plus près de chez soi ». Il faut encore bien plus de services pour les aînés, plus près de chez eux comme, par exemple, les soins à domicile. Les aînés ont besoin d'accès aux soins dentaires et ophtalmologiques, lesquels ne sont pas couverts sous le régime de la Loi canadienne sur la santé. Le manque de soins dentaires, particulièrement, peut gravement entraver la capacité des aînés de veiller sur leur santé, que ce soit chez eux ou ailleurs, et je ne sais pas vraiment si ces services sont offerts en milieu institutionnel. C'est quelque chose à quoi nous devons réfléchir.

En ce qui concerne les observations de Mme England, nous sommes très mécontents de la privatisation des services alimentaires en Colombie-Britannique, dans nos établissements de soins pour bénéficiaires internes. Les repas sont préemballés — certains viennent d'aussi loin que Winnipeg — congelés puis réchauffés. Les résidents et les familles sont très mécontents de la privatisation des services alimentaires offerts dans les établissements.

La Dre Patricia Baird, de l'Université de la Colombie-Britannique, a été présidente du conseil du premier ministre sur le vieillissement et les enjeux des aînés pour la province. Elle a été nommée à ce poste par le premier ministre de la province et a présenté un rapport en novembre 2006.

I would like to commend and recommend her report as being very insightful. She talks about the positive aspects of seniors in the community as opposed to simply the deficit side of seniors in the community. She points out that seniors are more active than they have ever been, form a large part of the volunteer base that is out there and that many more seniors are contributing than receiving a lot of services. I liked the thrust of her report. Dr. Baird's recommendation is to provide as many services as possible to keep seniors as close to home as possible for as long as possible. I think you will agree with me on that.

In B.C., equal access is not being afforded to seniors — or to anyone right now, in my opinion. The federal minister needs to be looking at the Canada Health Act and enforcing it to a much greater degree. All sorts of infractions of the original principles of the Canada Health Act are occurring, particularly with the issue of equal access, and I would strongly urge that this panel make that point.

You heard from people who are providing health care through independent living. They talked about supportive living and also assisted living. Assisted living, in my opinion, is not accountable. A registrar only acts on complaints. No inspection of the facility is done.

As a seniors' advocate, I am aware that many people in assisted living facilities should not be there at all. They need a higher level of care. Because of the insufficient number of residential care beds in our community, seniors are in assisted living facilities, and some families are sending in caregivers to help them. Unfortunately, assisted living has become the solution to everything, as far as I am concerned and as far as this government is concerned in British Columbia. They closed thousands of residential care beds when they first got in; some of them needed to be closed because they were antiquated. They have replaced them primarily with assisted living and largely for-profit, not non-profit. I think that is a problem too.

In conclusion, I certainly hope that we all support the principles of the Canada Health Act and that we will act to ensure that they are adhered to. The federal government needs to play a larger role in ensuring that there are benchmarks, accountability and access. Thank you.

Judith Cameron, Executive Director, Fairfield Activity Centre, as an individual: This morning we heard with interest the different opinions of how retired persons are living. Some of our seniors are living on very limited incomes, many on an old age pension, OAP, and Guaranteed Income Supplement, GIS, of approximately \$1,169 a month.

Je tiens à faire l'éloge de ce rapport et à vous le recommander parce qu'il est très perspicace. Elle y parle des aspects positifs de la présence des aînés dans la communauté par opposition à l'aspect seulement déficitaire de cette présence. Elle souligne que les aînés sont plus actifs que jamais, qu'ils forment une large part de la base de bénévoles qui existe actuellement et que bien plus d'aînés contribuent à la société qu'il n'y en a qui reçoivent des tas de services. J'ai apprécié le ton général de son rapport. Ce que recommande la Dre Baird, c'est de fournir autant de services que possible pour garder les aînés aussi près que possible de chez eux, aussi longtemps que c'est possible. Je pense que vous partagez cet avis.

En Colombie-Britannique, l'accès équitable n'est pas pour les aînés — ni d'ailleurs pour personne d'autre, à mon avis. Il faudrait que le ministre fédéral réfléchisse à la Loi canadienne sur la santé et au moyen de beaucoup mieux la faire respecter. Toutes sortes de violations des principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé surviennent, particulièrement au plan de l'accès équitable, et j'insiste vivement auprès de ce comité pour qu'il le fasse comprendre.

Vous avez entendu les témoignages de personnes qui fournissent des soins de santé en favorisant l'autonomie. Ces gens ont parlé de soutien et aussi d'aide à la vie autonome. Les résidences-services, à mon avis, ne rendent pas suffisamment de comptes. Un registraire n'agit que s'il y a des plaintes. Il n'y a aucune inspection des établissements.

En ma qualité de porte-parole des aînés, je sais que bien des gens qui vivent dans des résidences-services ne devraient même pas s'y trouver. Ils ont besoin de soins plus pointus. En raison du manque de places dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes dans notre communauté, les aînés doivent vivre dans des résidences-services, et certaines familles y envoient des soignants pour les aider. Malheureusement, les résidences-services sont devenues la solution à tout, à ce que je peux voir, et en ce qui concerne le gouvernement de la Colombie-Britannique. Il a fermé des milliers de places en établissement de soins pour bénéficiaires internes dès qu'il a pris le pouvoir; certains établissements ont dû être fermés en raison de leur désuétude. Ils ont été remplacés surtout par des résidences-services, dont la plupart sont des organismes à but lucratif plutôt que sans but lucratif. Je crois que c'est une part du problème.

Pour terminer, j'espère vivement que nous appuyons tous les principes de la Loi canadienne sur la santé et que nous agissons pour nous assurer qu'ils soient respectés. Le gouvernement fédéral devra jouer un rôle plus ferme pour qu'il y ait des points de référence, et assurer l'accessibilité et la reddition des comptes. Je vous remercie.

Judith Cameron, directrice générale, Fairfield Activity Centre, à titre personnel : Ce matin, nous avons écouté avec intérêt les divers points de vue sur la manière dont vivent les retraités. Certains de nos aînés vivent avec un revenu très limité, beaucoup avec la pension de la sécurité de la vieillesse, la PSV, et avec le Supplément de revenu garanti, le SRG, ce qui fait environ 1 169 \$ par mois.

The seniors' activity centres, the New Horizons, received funding to start our programming in the early 1970s. Since then we have received no core funding with the exception of the City of Victoria annual recreation grant for a total of \$36,000. Our facilities are city-owned.

We are the frontline workers. We see our members on good days and bad days. We see them before they get to assisted living and land in hospital. We make referrals and advocate for health care services, doctor referrals, home care, housing, and mental health. We offer several programs that promote health and wellness, and by doing this we are able to promote independence. We do promote seniors helping seniors in that we have 160 volunteers at any given seniors' centre. Without them, we would have to employ eight other full-time staff.

As we have a membership-driven organization of 800 to 900 senior adults and only three full-time staff, we are now forced to consider reducing our staff. At the same time our workload has increased significantly.

We are not seen as a health and wellness centre; we are largely seen as a social club, and that could not be further from the truth. It might have been the case 50 years ago, but it is not now.

Most of the staff working at the seniors' activity centre are sophisticated, organized adults trained in gerontology, many of us with nursing backgrounds. We work from the side of our desk helping our members because many of them do not have their families here in Victoria. We have the highest percentage of seniors per capita, and so that really creates a struggle. We see the folks day-to-day whereas their families do not.

Core funding is an issue. Money is available through the New Horizons granting procedure. However, that is very laborious to apply for and is always project-driven. We need core funding. We keep people healthy and well before they go on to that next step.

We are representing over 5,000 seniors in four seniors' centres just in the Greater Victoria area. It really is a shame that as a seven-day-a-week operation, we are reducing staff, not increasing staff. We really would like to see an indication that some value is given to the work done by our seniors' centres. Nothing is mentioned here as a recommendation for them. I find that quite interesting because we are the grassroots.

We keep our folks from being dependent and being pushed into isolation where they may become depressed. We keep them active, well and carrying on with very limited resources. The staff are not adequately paid, and receive no benefits whatsoever. We are there

Les centres d'activités pour aînés New Horizons ont reçu un financement pour commencer à offrir des programmes au début des années 1970. Depuis lors, nous n'avons reçu aucun financement de base, à l'exception de la subvention annuelle de la Ville de Victoria pour un total de 36 000 \$. Nos installations appartiennent à la ville.

Nous sommes des travailleurs de première ligne. Nous voyons nos membres les bons jours comme les mauvais. Nous les voyons avant qu'ils entrent en résidence-services et se retrouvent à l'hôpital. Nous les acheminons vers d'autres services et exerçons des pressions pour obtenir des services de santé, des renvois des médecins, des soins à domicile, du logement, et des soins de santé mentale. Nous offrons divers programmes qui favorisent la santé et le bien-être, et ce faisant, nous pouvons favoriser l'autonomie. Nous aidons les aînés à aider les aînés, en ce sens que nous avons au moins 160 bénévoles dans chacun des centres d'activités pour personnes âgées. Sans eux, nous devrions avoir huit employés de plus à temps plein.

Bien que nous soyons une organisation axée sur la clientèle, qui est de 800 à 900 adultes âgés et avec seulement trois employés à temps plein, nous sommes maintenant forcés d'envisager de réduire notre personnel, alors que notre charge de travail a beaucoup augmenté.

Nous ne sommes pas considérés comme un centre de santé et bien-être; nous sommes généralement considérés comme un club social, et rien ne pourrait être plus loin de la vérité. Peut-être était-ce le cas il y a 50 ans, mais plus maintenant.

La plupart des employés qui travaillent aux centres d'activités pour les aînés sont des adultes expérimentés et organisés qui ont une formation en gérontologie, et nous sommes nombreux à avoir des antécédents en soins infirmiers. Nous travaillons de notre bureau à aider nos membres parce qu'ils sont nombreux à ne pas avoir de proches ici, à Victoria. Nous avons le plus haut pourcentage de personnes âgées par habitant, alors c'est source de difficultés. Nous voyons ces gens tous les jours, ce que ne font pas leurs proches.

Le financement de base est un problème. On peut avoir accès à des fonds au moyen de la procédure de subvention du programme Nouveaux Horizons, mais la procédure est très complexe et toujours axée sur des projets. Nous avons besoin de financement de base. Nous maintenons les gens en santé et autonomes avant qu'ils passent à cette autre étape.

Nous représentons plus de 5 000 aînés de quatre centres pour personnes âgées rien que dans la région métropolitaine de Victoria. Il est vraiment lamentable qu'en tant qu'établissement offrant des services sept jours sur sept, nous devons réduire plutôt qu'augmenter notre effectif. Nous aimerions vraiment voir une indication qu'on accorde de la valeur au travail que font nos centres pour personnes âgées. Aucune recommandation n'est faite à leur sujet. Je trouve cela plutôt curieux, parce que nous sommes la base.

Nous empêchons des gens de devenir dépendants et d'être poussés dans l'isolement où ils pourraient devenir déprimés. Nous les gardons actifs, vifs et occupés, avec des ressources très restreintes. Le personnel n'est pas suffisamment payé, et ne

in the field because someone has to do it and because we are seniors aging ourselves, whether we like to think of that or not. If we do not help our loved ones and our seniors, no one will help us.

I really would like some focus on seniors' activity centres, and I would like the senators to have the opportunity to know about the valuable work that we do. Thank you.

Dale Perkins, Minister, United Church of Canada, Victoria Presbytery, as an individual: I am an ordained minister of the United Church of Canada. I come out of the regional organization called Victoria Presbytery. I also sit on the board of the Victoria Multifaith Society, which represents eight different religious organizations in the region.

I have had experience in providing care, support and advocacy as well as counselling to family members with seniors and to seniors themselves since 1988. I have had quite a bit of on-the-ground experience with what is happening for seniors. I am approaching that age myself, having retired a year and a half ago, so I am feeling it at a number of levels.

I am here not to give you statistics or facts but just impressions, anecdotal but also very clearly representative of the facts of the situation.

We are in an alarming situation, and your committee would do us, the public, a great service if you would highlight the alarming deterioration in seniors' care, residential and health care, in this province. In this region in 2002, one of the first acts of the new government after taking power was to bring in five health authorities to replace the 52 that were in place at the time. We have one health authority for the entire Vancouver Island responsible for all the health care services that the public purse is involved in for this region. We have nine directors who are responsible. All appointed, however, not elected, all people who meet the approval of the British Columbia Ministry of Health before they are allowed to become directors of the health authority.

I have seen, particularly in the last five or six years, a phenomenal deterioration in health care and in residential care for seniors in this province. It is alarming. If you visit someone who does not have a family member close at hand, you become their primary hope to try to address or redress some of the terrible situations that they are facing. Staff are no longer available to do basic cleaning in facilities. The rate of homes being quarantined is alarming. At any one time, you may find that you cannot visit a place because it is under quarantine, and that is primarily because of the lack of cleanliness and care of those facilities.

It is not the fault, I might add, of the particular employee who does the cleaning. They are called to handle a phenomenal increase in the number of rooms they look after and the number

bénéficie pas des moindres avantages sociaux. Nous sommes là sur le terrain parce quelqu'un doit le faire et parce que nous sommes nous-mêmes des aînés en devenir, que nous l'apprécions ou non. Si nous n'aidons pas nos proches et nos aînés, personne ne nous aidera.

J'aimerais vraiment qu'on se concentre un peu sur les centres d'activités pour personnes âgées, et que les sénateurs aient la possibilité de comprendre la valeur du travail que nous faisons. Je vous remercie.

Dale Perkins, ministre du culte, Église Unie du Canada, presbytère de Victoria, à titre personnel : Je suis ministre du culte ordonné de L'Église Unie du Canada. Je suis membre de l'organisation régionale appelée presbytère de Victoria. Je siège aussi au conseil d'administration de la Victoria Multifaith Society, qui représente huit organisations religieuses différentes de la région.

J'ai l'expérience de l'offre de soins et de soutien, ainsi que de la défense et du counselling des proches des personnes âgées et des aînés eux-mêmes depuis 1988. J'ai largement vécu sur le terrain l'expérience de ce que vivent les aînés. J'approche moi-même de cet âge, puisque j'ai pris ma retraite il y a un an et demi, alors cette question me touche à divers niveaux.

Je ne suis pas venu ici vous donner des statistiques ou énoncer des faits, mais plutôt pour décrire des impressions, anecdotiques, mais néanmoins clairement représentatives de la réalité.

La situation est des plus alarmantes, et votre comité nous rendrait, au public, un énorme service si vous pouviez tourner les projecteurs sur l'inquiétante détérioration des soins aux aînés, des soins de santé et en établissement pour bénéficiaires internes dans cette province. Dans notre région, en 2002, l'une des premières choses qu'a faites le nouveau gouvernement après qu'il soit entré au pouvoir a été de créer cinq autorités sanitaires pour remplacer les 52 qui existaient à l'époque. Nous avons une autorité sanitaire pour l'intégralité de l'île de Vancouver, qui assume la responsabilité de tous les services de santé financés par les deniers publics pour la région. Nous avons neuf administrateurs responsables. Tous, toutefois, ont été nommés et non élus, et tous ont été approuvés par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique avant de pouvoir devenir des administrateurs de l'autorité sanitaire.

J'ai constaté, surtout depuis cinq ou six ans, une détérioration phénoménale des soins de santé et des soins en établissement fournis aux personnes âgées dans cette province. C'est inquiétant. Si vous allez voir quelqu'un qui n'a pas un proche facile d'accès, vous devenez leur plus grand espoir pour corriger ou régler certaines des terribles situations qu'ils vivent. Il n'y a plus de personnel pour faire le ménage de base dans les établissements. Le taux de foyers mis en quarantaine est alarmant. À n'importe quel moment, on peut se faire dire qu'on ne peut entrer dans un établissement parce qu'il est en quarantaine, et c'est principalement à cause du manque d'hygiène et de soins dans ces établissements.

Ce n'est pas la faute, je m'empresse de l'ajouter, de l'employé particulier qui est chargé du ménage. Ils sont appelés à faire face à une augmentation phénoménale du nombre de chambres à

of people they care for. They are doing the very best they can with what they have. They are not being given the resources, the training or the opportunity to provide the level of services that these people really need.

As Ms. Pickup mentioned, food, we have found out, comes in frozen from, I would guess, as far as Toronto. We are subject to the political whim that decides that they have to contract out food services to a company called Compass Group Canada. Their subsidiaries, Morrison Foods and Crothall Services Group for housekeeping are providing all the services in their facilities. They encourage all of their contracted, independent providers to do the same.

We have found from family members of residents that they are alarmed at the quality of food that is being provided. Diets are being ignored by and large. They systematize it to the point where it is all computerized. If there is someone in that home who has an intolerance for a particular product, the computer does not designate which patients do not receive that product anymore; rather, the whole facility does not receive that product. It standardizes it. Of course, they make more money that way.

Compass Groups' bottom line is not service, their bottom line is profit. This United Kingdom corporation, with thousands of facilities in North America and other parts of the world, are in charge of the food. That is all the resources. Family members who see their loved one refusing to eat and getting very sick as a result are forced then to bring in the food that their loved one will eat. That is intolerable.

We need the Senate to sound the alarm that the situation in this province and in this region has deteriorated to the point of almost being at the threshold of being liable for elder abuse. Do you understand what I am saying? It is that serious.

All of my colleagues in the church and in the religious communities are alarmed at what is happening.

I put it to you that someone has to carry the ball on this one to try to awaken those in charge to say, "This is not good enough. You must do better for a variety of reasons. Just on a plain humanitarian level, you must do better." We need you, senators, to do that.

Elfreda Schneider, as an individual: Good afternoon, members of the panel and senators.

I am speaking from my own perspective in terms of being on the cusp of becoming a senior and because of the fact that I have had a chronic illness all my life. I have lived in Victoria for six years and have, on my own lack of access to a physician's care and continuity of care, slowly deteriorated. It shocks me that I am not yet a senior and this is happening to me already. I am afraid for my future health care.

entretenir et du nombre de personnes à leur charge. Ils font de leur mieux, avec les moyens qu'ils ont. On ne leur donne pas les ressources, la formation ou la possibilité de fournir un service de la qualité dont ces gens ont réellement besoin.

Comme le disait tout à l'heure Mme Pickup, la nourriture, nous l'avons apprise, arrive congelée, je suppose, d'aussi loin que Toronto. Nous sommes la proie des lubies politiques de quelqu'un qui décide qu'il faut donner en sous-traitance les services alimentaires à une compagnie appelée Compass Group Canada. Leurs sociétés filiales, Morrison Foods et Crothall Services Group pour l'entretien ménager, fournissent tous les services dans leurs établissements. Ils encouragent tous leurs fournisseurs à contrat, indépendants, à en faire autant.

Des proches de résidents nous ont dit qu'ils sont inquiets de la qualité des aliments fournis. Les régimes alimentaires sont généralement négligés. Ils systématisent le service au point que tout est informatisé. S'il y a dans ce foyer quelqu'un qui a une intolérance à un produit particulier, l'ordinateur n'indique plus quels patients ne reçoivent plus ce produit; au lieu de cela, l'ensemble de l'établissement en est privé. C'est standardisé. Bien entendu, ils font plus d'argent ainsi.

L'objectif principal du groupe Compass n'est pas le service, mais bien le profit. C'est une société du Royaume-Uni, qui est en charge de la nourriture dans des milliers d'installations en Amérique du Nord et d'autres régions du monde. C'est tout ce qu'il y a comme ressource. Les membres de la famille des aînés qui voient ceux-ci refuser de manger et devenir très malades à cause de cela sont forcés d'apporter de la nourriture que l'aîné pourra manger. C'est intolérable.

Il faut que le Sénat sonne l'alarme et fasse comprendre que cette situation dans la province et dans la région s'est détériorée presque jusqu'au point de pouvoir être qualifiée d'abus des aînés. Vous comprenez ce que je veux dire? C'est aussi sérieux que cela.

Tous mes collègues de l'église et des communautés religieuses s'inquiètent de la situation.

Je vous dirais que quelqu'un doit agir et essayer d'ouvrir les yeux à ceux qui sont en charge pour dire : « Ce n'est pas assez. Vous devrez faire mieux pour diverses raisons. Rien qu'au plan purement humanitaire, il vous faut faire mieux. » Nous avons besoin de vous, sénateurs, pour cela.

Elfreda Schneider, à titre personnel : Bon après-midi, membres du groupe de consultation et sénateurs.

Je m'exprime ici selon ma propre perspective puisque je suis moi-même sur le point de devenir une personne âgée et parce que j'ai, toute ma vie, souffert d'une maladie chronique. Je vis à Victoria depuis six ans et mon état s'est lentement détérioré, parce que je n'ai pas accès à un médecin ni aux soins continus. Je suis choquée, alors que je ne suis même pas encore une personne âgée, d'en être déjà là. Je m'inquiète vivement de l'avenir des soins de santé.

I have lived in four other Canadian provinces. I am a type 1 diabetic. Nowhere, until I moved to B.C., has a physician ever told me that they cannot treat me because of my illness. An endocrinologist wrote a letter to me to say that they have given up on me. This happens at an abhorrent rate.

Senator Carstairs mentioned Martin Luther King's quote about people being apt to remain silent, and we are not even aware this is happening.

When I got the letter, I called it being fired by physicians and not being allowed access. It affects patients tremendously whether or not they are seniors in terms of their sense of worthiness of their medical condition. Many of us, if an illness is not looked after immediately, progress to very unstable ill health that leads to a further health care cost for you.

I have been proactive in fighting this. At a provincial level, it is not even on their radar screens. The Minister of Health has not responded to three of my letters, and the College of Physicians and Surgeons of British Columbia will not even answer my concerns and only send a complaint form. I have never undergone the complaint form process through the college. I refuse to do that because I need a physician and do not wish to be black-listed in terms of never getting another physician.

There seems to be no out in terms of a patient advocate, and I call on the Senate to have that established.

A national management strategy meeting for diabetes in general is to take place this week in Ottawa. I do not know what will come of that meeting. The need is extreme for all medical conditions and the continuity of care that is not being provided by our physicians. From what I have read, former Deputy Minister of Health Penny Ballem resigned because there was no physician accountability with respect to standards of practice. This obviously affects seniors now and will continue to affect seniors if nothing is done about it.

Judith Johnson, as an individual: Good afternoon. I am glad to have the opportunity to speak to you about some of my personal and professional experience in the area of caregiving.

I am a past executive director of the Family Caregivers' Network Society in the mid-Island region and in Victoria. I have worked on seniors' issues for approximately the last 20 years.

My experience is probably typical to many caregivers living all across Canada. We start out assisting our parents or relatives in a rather minor way in the beginning; and over time, as their needs continue to increase, we find ourselves spending more of our time offering care and support.

My own experience began when my mother moved here from another province and came to live with me. I was fully employed at the time and found it particularly challenging to care for her

J'ai vécu dans d'autres provinces du Canada. Je souffre du diabète de type 1. Nulle part, jusqu'à ce que j'arrive en Colombie-Britannique, je ne me suis fait dire par un médecin qu'il ne peut pas me traiter à cause de ma maladie. Un endocrinologue m'a écrit une lettre pour me dire qu'il renonçait à me traiter. Cela arrive beaucoup trop souvent.

Le sénateur Carstairs a parlé de ce qu'a dit Martin Luther King au sujet des gens qui ont le don de garder le silence, et nous ne sommes même pas conscients de ce que c'est ce qui arrive.

Quand j'ai reçu cette lettre, j'ai qualifié cela de licenciement par les médecins et d'interdiction d'accès. Cela peut avoir une incidence énorme sur les patients, qu'ils soient âgés ou non, sur leur sentiment de valeur lié à leur état de santé. Pour beaucoup d'entre nous, si un mal n'est pas immédiatement soigné, notre état de santé devient instable et peut encore gonfler la facture des soins de santé pour vous.

Je lutte de manière proactive sur ce terrain depuis déjà un bout de temps. À l'échelle provinciale, ce n'est même pas sur leurs écrans de radar. Le ministre de la Santé n'a pas répondu à trois de mes lettres, et le College of Physicians and Surgeons of British Columbia ne se donne même pas la peine de répondre à mes préoccupations et se contente de m'envoyer un formulaire de plainte. Je ne suis jamais passée par le processus de plaintes du College. Je m'y refuse parce que j'ai besoin d'un médecin et je ne tiens pas à être inscrite sur une liste noire et ne jamais pouvoir trouver un autre médecin.

Il ne semble y avoir aucune solution pour avoir un porte-parole des patients, et je demande au Sénat d'en désigner.

Une réunion sur la stratégie nationale de gestion pour le diabète en général doit avoir lieu cette semaine à Ottawa. Je ne sais pas ce qui en ressortira. Le besoin est criant pour tous les troubles médicaux et la continuité des soins de santé que n'assurent pas nos médecins. D'après ce que j'ai lu, l'ex-ministre de la Santé, Penny Ballem, a démissionné à cause du manque de responsabilisation des médecins en matière de normes de pratique. Il est évident que cela a une incidence sur les personnes âgées maintenant et continuera d'en avoir si rien n'est fait pour corriger la situation.

Judith Johnson, à titre personnel : Bon après-midi. Je suis heureuse d'avoir cette occasion de vous parler de mon expérience personnelle et professionnelle en matière de soins de santé.

J'ai été directrice exécutive de la Family Caregivers' Network Society, dans la région centrale de l'île et à Victoria. Je travaille sur les questions qui concernent les personnes âgées depuis une vingtaine d'années.

Mon expérience est probablement assez semblable à celle de nombreux soignants qui vivent partout au Canada. Nous commençons par aider nos parents ou proches de manière assez limitée au début; avec le temps toutefois, leurs besoins continuent de grandir, et nous nous retrouvons à consacrer de plus en plus de temps à l'offre de soins et de soutien.

Ma propre expérience a commencé quand ma mère est venue d'une autre province pour vivre avec moi. J'avais un emploi à temps plein à l'époque et j'ai trouvé particulièrement difficile de

and work. When she had a stroke, I had to give up my work to stay home to look after her. I think she lived with me for six years in total.

Eventually, after several years, I was allowed approximately one hour per day of assistance from the government, which meant that someone would come in in the morning and relieve me of my caregiving by assisting her with a bath.

Her situation was stable for a few years, and she eventually developed sepsis and was admitted to hospital. After spending approximately seven months in acute care, she was moved into a long-term care facility, one of which I was told was one of the best on the island. At the time, I thought that if someone else had to share in her care, best it be them.

During the course of her residence in this particular facility, we experienced several models of care changes that brought in different modes of feeding people; one being the contracting out of food services, about which the gentleman just spoke.

It was difficult to watch my mother deteriorate and literally starve to death. I watched a 180-pound woman reduced to 95 pounds. I struggled with the facility to try to get what I felt both professionally and personally was a reasonable amount of care for her condition. We struggled with food, regular medication, trying to get her bathed on a regular schedule, having her baths missed, which meant that someone who has spent their days in a diaper was only bathed at a two- or three-week interval. Personally, having this experience really does not bode well for the future. As my own health continues to deteriorate, I wonder what lies ahead for me.

In a country such as Canada, with the resources that we have, there must be some way that we can ensure that people in the last years of their lives are allowed the dignity that they deserve. They worked to build this country and are being neglected; their human rights are being violated. They are not receiving basic care, again, not because the staff who are employed by these facilities are not doing their very best, but simply because there is not enough resources and quality.

It does no good to raise the daily food allowance for an individual in a care facility with the hope that it will improve their health when they either cannot eat the food, do not have the time to eat the food, the food is not appropriate for them to eat or no one is there to feed them. In the end, the food is wasted; it is just thrown out.

I am not sure what the solution is. However, we need to focus on making these last years of people's lives both comfortable and dignified. The dignity has gone out of care. We have all heard that when you get admitted to hospital, you leave your dignity at the door. When it is supposedly your home and the place that you are spending the very last years of your life, it should feel dignified.

m'occuper d'elle tout en travaillant. Quand elle a eu un accident cérébrovasculaire, j'ai dû quitter mon emploi pour rester à la maison et m'occuper d'elle. Je crois qu'elle a vécu chez moi, au total, durant six ans.

En fin de compte, au bout de plusieurs années, j'ai eu droit à environ une heure par jour d'aide du gouvernement, ce qui signifiait que quelqu'un viendrait le matin et me soulagerait de ma tâche en l'aidant à faire sa toilette.

Son état a été stable pendant plusieurs années, et un jour elle a fait une septicémie et a dû être admise à l'hôpital. Après avoir passé quelque sept mois en soins actifs, elle a été transportée dans un établissement de soins de longue durée, dont on m'avait dit que c'était l'un des meilleurs de toute l'île. À l'époque, je pensais que si quelqu'un d'autre devait s'occuper d'elle, il valait mieux que ce soit eux.

Pendant son séjour dans cet établissement, divers changements sont survenus dans les modèles de soins, et avec eux des modes différents d'alimentation des pensionnaires; l'un a été la sous-traitance des services d'alimentation, dont a parlé le témoin qui m'a précédée.

Il m'a été pénible de voir l'état de ma mère se détériorer et de la voir littéralement mourir de faim. J'ai vu une femme de 180 livres réduite à 95 livres. J'ai lutté avec l'établissement pour tenter d'obtenir ce qui, professionnellement et personnellement, me semblait être un protocole de soins raisonnable pour son état. Nous avons lutté pour qu'elle soit nourrie, qu'on lui administre régulièrement ses médicaments, qu'elle soit lavée régulièrement, parce que des gens qui passaient leur journée dans des couches n'étaient lavés qu'à intervalles de deux ou trois semaines. Personnellement, l'expérience que j'ai vécue ne me dit rien qui vaille pour l'avenir. Alors que ma propre santé décline, je crains ce qui m'attend.

Dans un pays comme le Canada, avec les ressources que nous avons, il doit bien y avoir un moyen pour nous de nous assurer que les gens qui vivent leurs dernières années puissent le faire dans la dignité qu'ils méritent. Ils ont travaillé pour bâtir ce pays et ils sont négligés; leurs droits humains ne sont pas respectés. Ils ne reçoivent pas les soins de base, je le répète, non pas parce que le personnel de ces établissements ne fait pas absolument de son mieux, mais simplement parce qu'il manque de ressources et de qualité.

Il ne sert à rien d'augmenter les portions quotidiennes de nourriture pour le pensionnaire d'un établissement dans l'espoir que cela améliorera sa santé quand il ne peut pas manger cette nourriture, quand il n'a pas le temps de la manger, quand la nourriture ne lui convient pas ou quand il n'y a personne pour le nourrir. En fin de compte, la nourriture est gaspillée et il n'y a plus qu'à la jeter.

Je ne sais pas exactement quelle est la solution. Cependant, il nous faut trouver le moyen de faire que les dernières années des citoyens se passent dans le confort et la dignité. La dignité ne fait plus partie des soins. Nous avons tous entendu que quand on se fait admettre à l'hôpital, on laisse sa dignité à la porte. Quand c'est censé être notre chez-soi et l'endroit où on passe les toutes dernières années de sa vie, ce devrait être dans la dignité.

I tried to think of the worst experience that I had with my mother in the facility. I am probably having to choose between the day I came in and found that she had been left out in the rain because, during the change of shift, they forgot she was outside and she was soaking wet; or the day that she told me they had missed her bath and she would have to wait another week; or the day I came in and saw the woman in the bed across from her dressed in her clothes.

Time has to be made to care for people in a reasonable way, and what is happening now is not reasonable.

The Chair: Although we have had walk-ins at every point, we have not had people come forward in the same way that Victoria has sent people forward, and I suspect that that is a reflection of the number of seniors that you have in this community.

I want to thank you very much for coming forward and telling your story because it is important for Canadians to hear that.

Colleagues, this is our last witness for today, and then we will visit Hospice Victoria. You knew that I would not let you out of the study before we had had a visit with a major hospice organization.

Our next witness is Dr. Duncan Robertson. Welcome.

Dr. Duncan Robertson, Geriatrics and Palliative Care, BC Medical Association: I am here in response to the invitation to the British Columbia Medical Association, BCMA. I am a specialist in geriatric medicine, and for the last 15 years until last year, I chaired the British Columbia Medical Association Geriatrics and Palliative Care Committee and was a member of the BCMA Council on Health Promotion. I currently practice full time and divide my time between Victoria and Alberta. I also use telehealth communication between the two sites.

The BCMA Council on Health Promotion has a 30-year record of health advocacy to government, health care organizations and others to improve the health of British Columbians. Initiatives by the council have included influencing air and water quality legislation, promoting mandatory use of car seats for babies and children, and advocating for mandatory cycle helmet use.

One of the committees of that council, the Geriatrics and Palliative Care Committee, has a long history of advocating health promotion, prevention, policy initiatives and anticipating and meeting the needs of an aging population.

Recent initiatives include advocacy for policies and practices related to care of older people, funding for palliative care for individuals dying at home, health, human resources issues, and successful advocacy for a provincial strategy for older individuals with cognitive impairment.

J'ai essayé de penser à la pire expérience que j'ai vécue avec ma mère dans l'établissement. Il faudrait probablement que je choisisse entre le jour où je suis arrivée et me suis rendu compte qu'elle avait été laissée sous la pluie parce que, pendant le changement de quart, ils avaient oublié qu'elle était dehors et elle était trempée jusqu'aux os; ou encore le jour où elle m'a dit qu'ils ne lui avaient pas fait sa toilette et qu'il lui faudrait attendre une autre semaine; ou le jour où je suis arrivée et où j'ai vu les vêtements de ma mère sur sa voisine.

Il faut prendre le temps qu'il faut pour s'occuper des gens de manière raisonnable, et ce qui se passe actuellement n'est pas raisonnable.

La présidente : Bien qu'il y ait eu des intéressés qui se sont présentés à nos audiences partout où nous sommes allés, il n'y en a pas eu jusqu'ici comme à Victoria, et je soupçonne que c'est le reflet du nombre d'ainés qui vivent dans cette communauté.

Je tiens à vous remercier infiniment d'être venus nous raconter votre histoire, parce qu'il est important pour les Canadiens de l'entendre.

Chers collègues, nous allons entendre notre dernier témoin pour aujourd'hui, puis nous irons faire la visite de l'hospice de Victoria. Vous saviez que je n'allais pas vous laisser finir cette étude sans une visite d'un grand hospice.

Notre prochain témoin est le Dr Duncan Robertson. Nous vous souhaitons la bienvenue.

Dr Duncan Robertson, gériatrie et soins palliatifs, BC Medical Association : Je suis ici en réponse à l'invitation de la British Columbia Medical Association, la BCMA. Je suis spécialiste en gériatrie et depuis 15 ans, jusqu'à l'année dernière, j'étais président du comité sur la gériatrie et les soins palliatifs de la BCMA et membre du Council on Health Promotion, le conseil de la promotion de la santé de la BCMA. Actuellement, je pratique la médecine à temps plein et je partage mon temps entre Victoria et l'Alberta. J'utilise aussi la communication télésanté entre les deux endroits.

Le conseil de la promotion de la santé de la BCMA a à son actif 30 ans de défense des droits auprès du gouvernement, des organismes de soins de santé et d'autres pour améliorer la santé des Britanno-Colombiens. Entre autres initiatives, le conseil a influencé les mesures législatives relatives à la qualité de l'air et de l'eau, a fait la promotion de l'utilisation obligatoire des sièges d'auto pour les bébés et les enfants, et a fait pression pour que le port du casque soit obligatoire à bicyclette.

L'un des comités de ce conseil, le comité sur la gériatrie et les soins palliatifs, a un long passé de défense et de promotion de la santé, de la prévention, des initiatives en matière de politiques et de la prévision des besoins d'une population vieillissante.

Au nombre des initiatives récentes, le conseil a fait la promotion de politiques et de pratiques relatives aux soins aux personnes âgées, de financement des soins palliatifs pour les personnes mourant chez elles, d'enjeux liés à la santé et aux ressources humaines, et il a plaidé avec succès en faveur d'une stratégie provinciale pour les personnes âgées ayant une déficience cognitive.

I have provided to the committee the document entitled *Building Bridges: A Call for a Coordinated Dementia Strategy for British Columbia*, 2004. Members of the BCMA Geriatrics and Palliative Care Committee also promoted and collaborated with a multidisciplinary group to develop a comprehensive strategy for the diagnosis and management of cognitive impairment in older people. This document has also been made available to the committee.

In addition, in May 2008, following along the *Building Bridges* metaphor, the BCMA produced a policy paper that was referenced in the invitation. I was not a member of the committee that developed that, but I am familiar with its contents and can attempt to speak to some of the issues, if you wish.

I know you have heard a great deal. At this point, perhaps I will turn it back to the committee and ask for any questions that you may have about the initiatives that we undertaken.

I have a few comments to make about some of the recommendations, mostly in strong support for a number of them, particularly with respect to caregivers; education for the public; the issues of capacity assessment, particularly in the context of dementia and frailty; and a number of other issues.

In reading your interim report of March 2008, while dementia is mentioned, I think that the impact of dementia and frailty cannot be underestimated in planning for the future. Any federal initiatives with respect to education, promotion of awareness, and caregiver issues must take full cognizance of the impact of dementia and frailty. While we all would like to age successfully, the reality for most of us is that if we survive into our late eighties, there is a one- or two-out-of-three chance that we will develop significant cognitive impairment or frailty in the months or years before we die.

The Chair: We have heard this afternoon, and we have heard it across the country, about the issue of the lack of adequate resources in terms of gerontologists and the lack of adequate resources in terms of nursing and nursing care staff in personal care homes.

We have heard about the inequities that exist between the payment schedules for a nurse within an Aboriginal reserve vis-à-vis the nurse who works in the hospital that is perhaps 10 minutes away. How do you keep nurses in the reserve community if there may be a 15 or 20 per cent differential in pay in the hospital down the road?

The issue of human resources needs to be addressed. If you have any suggestions along that line, I would appreciate them.

Dr. Robertson: Certainly, it is a major issue. The area with which I am most familiar is the specialists in geriatric medicine. Approximately 200 people in the country have obtained the Certificate of Special Competence from the Royal College of

J'ai remis au comité un document de 2004 intitulé *Building Bridges : A Call for a Coordinated Dementia Strategy for British Columbia*. Les membres du comité sur la gériatrie et les soins palliatifs de la BCMA ont aussi soutenu un groupe multidisciplinaire pour l'élaboration d'une stratégie globale pour le diagnostic et la gestion de la déficience cognitive chez les aînés et collaboré avec lui. Son document a aussi été remis au comité.

De plus, en mai 2008, dans la foulée de *Building Bridges*, la BCMA a produit un document de politique dont il était question dans l'invitation. Je ne suis pas membre du comité qui l'a rédigé, mais j'en connais la teneur et je peux, si vous le voulez, tenter d'en parler un peu.

Je sais que vous avez entendu beaucoup de choses. Pour l'instant, je pense m'en remettre au comité et vous inviter à poser les questions que vous pouvez avoir sur les initiatives que nous avons entreprises.

J'ai quelques commentaires à faire sur certaines des recommandations, généralement pour exprimer mon ferme soutien pour certaines d'entre elles, particulièrement en ce qui concerne les soignants; l'éducation du public; les enjeux de l'évaluation de la capacité, particulièrement dans le contexte de la démence et de la fragilité; et plusieurs autres aspects.

Après avoir lu votre rapport intérimaire de mars 2008, bien qu'il y soit question de la démence, je voudrais préciser que je pense qu'on ne peut sous-estimer l'impact de la démence et de la fragilité quand on planifie l'avenir. Toute initiative fédérale touchant l'éducation, la sensibilisation, et les enjeux liés aux soignants doit pleinement prendre en compte l'impact de la démence et de la fragilité. Bien que nous souhaitions tous vieillir agréablement, la réalité pour la plupart d'entre nous est que si nous vivons encore à l'approche des 90 ans, il y a une chance sur trois que nous subissions une importante déficience cognitive ou que nous devenions fragiles dans les mois ou les années qui précéderont notre décès.

La présidente : Nous avons entendu cet après-midi, et nous l'avons entendu dans tout le pays, parler du problème que pose le manque de ressources appropriées en termes de gérontologues et aussi en termes de soins infirmiers et de personnel infirmier dans les établissements de soins pour personnes âgées infirmes.

Nous avons entendu parler des iniquités qui existent entre les échelles salariales d'une infirmière dans une réserve autochtone comparativement à l'infirmière qui travaille dans un hôpital qui peut être à dix minutes de là. Comment pouvez-vous garder le personnel infirmier dans la réserve si son salaire est peut-être inférieur de 15 ou 20 p. 100 à celui que verse l'hôpital à quelques minutes de là?

Il faut régler le problème des ressources humaines. Si vous avez des suggestions à ce propos, je les apprécierais.

Dr Robertson : Il est certain que c'est un gros problème. Le domaine que je connais le mieux est celui des spécialistes en gériatrie. Environ 200 personnes au pays ont obtenu le certificat de qualification spéciale du Collège royal des médecins et

Physicians and Surgeons of Canada, and about 150 people are in active practice in that area. Many of them do other things as well, including general internal medicine. The number of active full-time equivalents, FTEs, is probably fewer than 150. That compares very unfavourably with other countries — Northern Europe, Australasia — and that largely has to do with incentives within the system together with an overall shortfall in the number of physicians that are trained and practising in Canada.

This has to do with, as I am sure you are aware, the fact that Canada was already in the lower half of the numbers of physicians per capita in 1992 when a 10 per cent cut was made in medical school enrolment across the country. These things take a long time to work through the system.

Another big issue has been the decline in the number of family physicians and the changing practice of family physicians in Canada. This made access to a primary care physician less easy for a lot of people.

In British Columbia, for example, in the last year, recognizing this, substantial changes have been made to the fee schedule that make it less disadvantageous for family physicians and others to provide care in long-term care facilities — a small example of how changes within the provincial systems can help. However, when you have a constrained resource, that comes at a price somewhere else in the system.

With respect to physicians, most provinces recognize a significant shortfall in most specialties but particularly primary care and in specialties such as geriatric medicine, psychiatry and others. I believe the only country in the world that is overproducing physicians for its needs is Cuba. Similarly for nurses, the only country that seems to be overproducing nurses for its needs is the Philippines.

We have physicians in this country who have trained elsewhere and are not able to be licensed. Even for Canadians who are trained overseas, they have difficulty with licensure. There are huge issues there.

With respect to nursing, the problems are probably more acute. Many physicians continue to work, as I do, well into their sixties; but many nurses are leaving the profession in their fifties, and that has exacerbated the nursing shortage. I do not have any immediate solutions for that other than to underline the concern and anxieties that other people have.

The Chair: We have been told that at the present time only 10 physicians are in residency in gerontology across the country, so the numbers in gerontology will not increase in any significant way.

chirurgiens du Canada, et environ 150 personnes sont en pratique active dans le domaine. Bon nombre d'entre elles font aussi autre chose, notamment de la médecine interne générale. Le nombre d'équivalents temps plein actifs, les ETP, est probablement inférieur à 150. C'est très peu comparativement à d'autres pays — le Nord de l'Europe, l'Australasie — et c'est en grande partie attribuable aux incitatifs qu'offre le système, à quoi s'ajoute la pénurie générale de médecins qui sont formés et qui pratiquent au Canada.

C'est lié, et je suis sûr que vous le savez, au fait que le Canada figurait déjà en 1992 dans la moitié inférieure de la liste des pays, au plan du nombre de médecins par habitant, quand les inscriptions dans les écoles de médecine du pays ont été réduites de 10 p. 100. Le système prend du temps à absorber ce genre de choses.

Un autre gros problème a été la baisse du nombre de médecins de famille et l'évolution de la pratique des médecins de famille au Canada. Ceci a compliqué l'accès à un médecin de premier recours pour bien des gens.

En Colombie-Britannique, par exemple, l'année dernière, ceci ayant été reconnu, d'importants changements ont été apportés aux échelles salariales qui faisaient qu'il était plus désavantageux pour les médecins de famille et d'autres de fournir des soins en établissements de soins de longue durée — ce n'est qu'un petit exemple de la manière dont les changements aux systèmes provinciaux peuvent aider. Cependant, quand on a une ressource restreinte, il y a un coût à payer ailleurs dans le système.

Pour ce qui est des médecins, la plupart des provinces connaissent une grande pénurie dans la plus grande partie des spécialités, mais particulièrement en soins primaires et dans les spécialités comme la gériatrie, la psychiatrie et d'autres. Je crois que le seul pays au monde qui produise plus de médecins qu'il n'en a besoin est Cuba. Il en est de même des infirmiers et infirmières : le seul pays qui semble en former plus qu'il n'en faut, ce sont les Philippines.

Nous avons dans ce pays des médecins qui ont reçu une formation à l'étranger et qui n'ont pu obtenir de permis d'exercer. Même les Canadiens formés à l'étranger ont du mal à obtenir l'autorisation d'exercer ici. Cela pose d'énormes problèmes.

Pour ce qui est des infirmiers et infirmières, les problèmes sont probablement plus aigus. Bien des médecins continuent de travailler, comme moi, bien après avoir atteint la soixantaine, de nombreux infirmiers et infirmières quittent la profession au début de la cinquantaine, et ceci n'a fait qu'exacerber la pénurie de personnel infirmier. Je n'ai pas de solution immédiate à proposer à cela, et ne peux qu'insister sur l'inquiétude et l'anxiété que vivent d'autres personnes.

La présidente : On nous a dit qu'actuellement, il y a seulement dix médecins en résidence en gériatrie dans tout le pays, alors le nombre de gériatologues n'augmentera pas tellement.

I had heard the same with respect to palliative care physicians when I began my work in the field of palliative medicine. We were able to fund the development of core curriculum initiatives so that, as of this year, no one graduated from medical school without training in palliative medicine.

Do we need to do the same in terms of young physicians being trained in gerontology if we are to hope that some of them will choose to become gerontologists?

Dr. Robertson: The dilemma is the point at which physicians-in-training need to make decisions about their career.

Two types of physicians essentially practice mostly with older people and particularly frail older people: family physicians who have done a two- or a three-year program after graduation with six months or a year in geriatrics; and individuals who have gone the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada route, which is a minimum of five years of training to become a specialist in geriatric medicine. It is the latter group that we have somewhere between six and ten per year entering the program, so a total of ten in training in Canada.

In 1981, we did a study for the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, which was published, and we anticipated that by the year 2000, Canada would need about 550 specialists in geriatric medicine to barely meet needs.

Specialists in geriatric medicine do not provide primary care. They are there as a resource to primary care physicians, health care teams in the community, in hospitals and in long-term care facilities to give advice. Their involvement would typically be fairly short term and relies very heavily on a strong primary care system in order for it to work. This is in contrast to the United States where many geriatricians are in primary care practice and have an ongoing, continuing relationship with patients over a long period of time and are de facto both the primary care physician and the specialist together.

To answer the question, in most medical schools now, both the teachers and the students would say that they are exposed to large numbers of old people because the reality in most hospitals is that the majority of patients are older patients mostly with acute care illnesses.

A systematic approach to dealing with the broader issues of frailty, dementia, and particularly — and I bring this up because a brief reference to it is in the report from the BCMA — post-acute care is missing and has been missing, and we have tried in various parts of the country to initiate it. While your report and the report from the BCMA identify declining hospital utilization in terms of numbers over the last few years, caused primarily by the reduction in the number of acute care beds in relation to population, it is

J'avais entendu la même chose à propos des médecins spécialistes en soins palliatifs quand j'ai fait mes débuts dans le domaine de la médecine palliative. Nous avons pu financer l'élaboration d'initiatives portant sur le programme de base de telle manière qu'à compter de cette année, personne ne peut obtenir son diplôme d'une école de médecine sans avoir suivi de formation en médecine palliative.

Faudrait-il que nous en fassions autant en ce qui concerne les jeunes médecins qui sont formés en gériatrie si nous voulons pouvoir espérer que certains d'entre eux choisiront de devenir gériatres?

Dr Robertson : Le dilemme, c'est le point auquel les médecins en formation doivent prendre des décisions relativement à leur carrière.

Deux types de médecins, en gros, pratiquent principalement auprès des personnes âgées et, particulièrement, des personnes âgées fragiles : les médecins de famille qui ont fait un programme de deux ou trois ans après leur diplôme, avec six mois ou un an en gériatrie; et les personnes qui ont suivi la voie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, c'est-à-dire un minimum de cinq ans de formation pour devenir spécialiste en gériatrie. C'est de ce groupe que six à dix membres par année entament le programme, donc il y en a au total dix en formation au Canada.

En 1981, nous avons fait une étude pour le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, laquelle a été publiée, et nous prévoyions alors qu'avant l'année 2000, le Canada aurait besoin d'environ 550 spécialistes en gériatrie pour à peine répondre à ses besoins.

Les spécialistes en gériatrie ne fournissent pas de soins de santé primaires. Ils sont là en tant que ressource pour les médecins de premier recours, les équipes soignantes dans la communauté, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, pour fournir des conseils. Leur apport est généralement de courte durée et est lourdement tributaire d'un solide système de soins de santé primaires pour être efficace. C'est un contraste avec les États-Unis, dont les gériatres fournissent des soins primaires et entretiennent une relation continue et de longue durée avec leurs patients, dont ils sont de fait à la fois le médecin de premier recours et le spécialiste.

Pour répondre à la question, dans la plupart des écoles de médecine, maintenant, tant les enseignants que les étudiants diraient qu'ils sont exposés à de grands nombres de personnes âgées parce que la réalité fait que la majorité des patients, dans la majorité des hôpitaux, sont des personnes plus âgées souffrant de maux nécessitant des soins de courte durée.

Une approche systématique pour faire face aux problèmes plus généraux de la fragilité, la démence et, particulièrement — et j'en parle parce qu'il en est brièvement question dans le rapport de la BCMA — les soins post-actifs manquent, et ce n'est pas nouveau, et nous avons essayé dans diverses régions du pays d'y remédier. Alors que votre rapport et celui de la BCMA font état de réduction de la fréquentation des hôpitaux en termes de chiffres depuis quelques années, laquelle est principalement la

frail older people who stay for long periods of time in acute care hospitals.

The reason they stay, some people would say, is because there are no long-term facilities for them to go to. I would say that that is part of the issue. Our system is missing post-acute, step-down care for those individuals who may take a month or more in a properly structured environment in order to recover from an episode of delirium that they had in hospital or a fall and fracture.

In the absence of those resources in sufficient numbers, decisions are made prematurely and inappropriately, often to bypass the option of potentially returning home and going into permanent facility care. That is a major part of it as well.

Returning to the question, yes, I think it would be very helpful. There have been some initiatives. For example, for the last 15 years, the Canadian Society of Geriatric Medicine, now called Canadian Geriatric Society, has sponsored a summer institute that brings together young medical students, often in their first year, from across the country and gives them an intensive one-week program in all aspects of care of older people right from the community to palliative care. Many of those individuals are among the 10 people training in geriatric medicine. That initiative has been extremely successful in identifying interested individuals.

The reality for all of us in the health profession, except for pediatrics and obstetrics, is that the people we see are an aging population, and in some areas a very aged population, whether it is orthopedics or urology or general medicine. We also need to ensure that the curriculum content is enhanced for all students and not just didactic, that it is a mandatory clinical experience that involves working with older people in the community, the hospital and the long-term care facility, in all aspects of care.

The Chair: You talked about change in the funding model for family physicians to now go into personal long-term care facilities, but there is an overall funding problem. The pie has to be divided, and it is a limited pie. The pie cannot grow from an 8-inch pie to a 9-inch pie. You have to fit everybody in.

We know that if a physician, whose specialty may be internal medicine, practices palliative care, he or she is paid less to practice palliative care than to practice internal medicine. The incentives for people choosing areas of expertise, such as gerontology, tend to be limited. I would be the first to say that money is not the only thing that doctors pursue. However, I also know that it is pretty hard to come home and say to your spouse, "If I practice this type of medicine, I can make \$250,000 a year, and if I practice this type

conséquence de la réduction du nombre de lits de soins actifs proportionnellement à la population, ce sont les personnes âgées fragiles qui restent de longues périodes dans les établissements de soins actifs.

La raison pour laquelle ils restent, diraient certains, est qu'il n'y a pas d'établissements de soins de longues durée pouvant les accueillir. Je dirais que ce n'est là qu'une partie du problème. Notre système manque de soins postactifs, qui vont en diminuant pour les personnes qui peuvent avoir besoin d'un mois ou plus dans un environnement correctement structuré pour se remettre d'un épisode de délire survenu à l'hôpital, ou d'une fracture subie lors d'une chute.

En l'absence de ces ressources en nombres suffisants, des décisions sont prises de manière prématurée et non appropriée, souvent de renoncer à la possibilité d'un retour potentiel à la maison et de placer le patient en établissement de soins permanents. Ce facteur joue pour beaucoup aussi.

Pour revenir à la question, oui, je pense que ce serait utile. Il y a eu des initiatives. Par exemple, depuis 15 ans, la Société canadienne de gériatrie parraine un institut d'été qui réunit de jeunes étudiants, souvent en première année de médecine, de tout le pays et leur fait suivre un programme intensif d'une semaine sur tous les aspects des soins aux personnes âgées, de la communauté même jusqu'aux soins palliatifs. Bon nombre de ces personnes figurent parmi la dizaine de médecins qui suivent la formation en gériatrie. Cette initiative a été extrêmement fructueuse pour trouver des intéressés dans le domaine.

La réalité, pour nous tous professionnels de la santé, sauf pour les pédiatres et obstétriciens, est que les gens que nous voyons représentent une population vieillissante, et dans certains domaines une population très âgée, que ce soit en orthopédie ou urologie, ou encore en médecine générale. Nous devons aussi nous assurer d'améliorer le contenu du programme d'enseignement pour tous les étudiants, et non seulement l'aspect didactique, que ce soit une expérience clinique obligatoire qui comprend le travail avec des membres plus âgés de la communauté, de l'hôpital et de l'établissement de soins de longue durée, sur tous les aspects des soins.

La présidente : Vous avez parlé de changement dans le modèle de financement pour que les médecins de famille travaillent dans les établissements de soins pour personnes âgées infirmes, mais il y a un problème général de financement. Il faut partager le gâteau, est-ce un petit gâteau. On ne peut faire un gâteau de neuf pouces avec un gâteau de huit pouces. Il faut que tout le monde ait sa part.

Nous savons que si un médecin, dont la spécialité peut être la médecine interne, offre des soins palliatifs, il est payé moins pour fournir des soins palliatifs que pour pratiquer la médecine interne. Les incitatifs, pour les personnes qui choisissent un domaine d'expertise comme la gériatrie, tendent à être limités. Je serais la première à dire que l'argent n'est pas tout ce que recherchent les médecins. Cependant, je sais aussi qu'il est assez difficile de rentrer chez soi et de dire au conjoint ou à la conjointe : « Si je

of medicine, I can make \$175,000 a year, or I can make \$50,000 a year." The reality is that it is not just the physician who makes choices; there is a whole family dynamic.

Dr. Robertson: Huge disparities exist within medical incomes, and it is true that anything that involves cognitive processes and time is less well-rewarded than other activities. This is one of the disincentives for individuals going into geriatric medicine.

This has been solved to some extent by many of the physicians that are practising either having university appointments with partial salaries that enable them to teach as well as have some protected time, or for individuals who work on a blended model of payment rather than a pure fee-for-service model. That is the way that the system and the individuals within it have adapted to it.

For example, a consultation of a new patient referred to a specialist in geriatric medicine is at least an hour and a half, which includes getting collateral histories: history from the family and the patient, mental status examination, full physical examination, functional evaluation, and then putting it all together and talking to people.

We hear constantly about very short medical encounters of 10 minutes and 15 minutes. The reality is that it does take a long time to do it properly. This is attractive only to some individuals.

However, I should point out that in research studies done in both Canada and the United States, paradoxically, the highest levels of professional satisfaction are found among specialists in geriatric medicine.

Senator Mercer: Dr. Robertson, you said that you were involved in a study in 1981, where the projection was that we would require 550 specialists by 2000. Where are we now?

Dr. Robertson: The number of individuals who have obtained the Certificate of Special Competence from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada is now around 200.

In 1981, when I obtained my certificate, there were six of us. Those were the first six individuals. From one perspective, it has been fantastic. We have grown enormously.

Within that group, some individuals are heavily engaged in research, some people are outside the country, and some people are not doing geriatric medicine full time. The actual FTEs are difficult to ascertain, but there are probably in the order of 150 full-time equivalents doing geriatric medicine in the country. We are at least a third away from where we should be.

Senator Mercer: We are at a crisis level. You are 400 doctors short, using your number of 150, which is probably quite reasonable under the circumstances, eliminating the people you did in your assessment. When governments cut medical school

pratique ce type de médecine, je peux faire 250 000 \$ par année, et si je pratique cet autre type de médecine, je peux faire 175 000 \$, ou 50 000 \$ par année. » La réalité, c'est que ce ne sont pas que les médecins qui font les choix; il y a tout une dynamique familiale.

Dr Robertson : Il y a d'énormes disparités entre les revenus des médecins, et il est vrai que tout ce qui engage des processus cognitifs et du temps est moins récompensé que d'autres activités. C'est là l'un des éléments qui peuvent dissuader quelqu'un de se spécialiser en gériatrie.

Ce problème a été en partie résolu par un grand nombre de médecins qui pratiquent mais ont aussi une charge d'enseignement à l'université, avec un salaire partiel, qui leur permet d'enseigner tout en ayant du temps protégé, ou des personnes qui travaillent selon un modèle mixte de rémunération plutôt que le modèle purement du paiement à l'acte. C'est ainsi que le système et les personnes qui en font partie s'y sont adaptés.

Par exemple, une consultation d'un nouveau patient envoyé à un spécialiste en gériatrie dure au moins une heure et demie, pendant laquelle on recueille notamment les historiques connexes : l'histoire de la famille et du patient, l'examen de l'état mental, un examen physique complet, une évaluation fonctionnelle, puis on met tout cela ensemble et on parle au patient.

Nous entendons constamment parler de très brèves visites médicales, d'une durée de dix et 15 minutes. La réalité, c'est qu'il faut prendre son temps pour le faire correctement. Cela n'attire que certaines personnes.

Cependant, je devrais souligner que dans les études de recherche faites tant au Canada qu'aux États-Unis, paradoxalement, le plus haut niveau de satisfaction professionnelle est relevé chez les spécialistes en gériatrie.

Le sénateur Mercer : Docteur Robertson, vous avez dit avoir participé à une étude, en 1981, qui prévoyait qu'il nous faudrait 550 spécialistes pour l'année 2000. Où en sommes-nous maintenant?

Dr Robertson : Le nombre de personnes qui ont obtenu le certificat de compétence spécialisée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est d'environ 200 actuellement.

En 1981, quand j'ai reçu mon certificat, nous étions six. Nous avons été les six premiers. Selon la perspective que l'on prend, ça a été fantastique. Nous sommes bien plus nombreux.

De ce groupe, certains sont profondément engagés dans la recherche, d'autres sont hors du pays, et d'autres encore ne pratiquent pas la gériatrie à temps plein. Il est difficile de comptabiliser les ETP, mais il y a probablement environ 150 équivalents temps plein qui pratiquent la gériatrie dans le pays. Il nous reste au moins un tiers du chemin à parcourir pour atteindre notre but.

Le sénateur Mercer : Nous sommes en crise. Il vous manque 400 médecins, si on se fie à votre chiffre de 150, ce qui est probablement assez raisonnable dans les circonstances, en éliminant certaines personnes comme vous l'avez fait dans votre

enrolments, I have no idea what they were thinking. It is the old saying: You cut off your nose to spite your face. You said that you thought it was probably worse in the nursing field.

How do we get more people into medical school, and then to study geriatrics? If they are not in medical school first, we will not get them to specialize in anything. In addition, how do we solve the nursing problem?

Creative thinking is needed on how to attract young people into the profession of nursing. It is an honourable profession, a wonderful profession and, as we all agree, vital to a healthy society. There has to be some answers. How do we go into high schools and into community colleges and say, "Think of a career in medicine either as a doctor or as a nurse"?

A young man in this city, a friend of mine who has achieved excellent marks from the University of Victoria, has gone back and upgraded and then applied to medical schools across this country time and time again. He is a wonderful young man, and I think he would make a terrific doctor from the personality side; I cannot assess his academics — he gets no interviews. People want to go into the profession. How do we fix this?

Dr. Robertson: I am not sure that there is an easy fix to this one. I spend a lot of time hanging around universities, and I am not as close as I used to be to the current thinking around this. However, if we look at the number of physicians per capita from Canada and other Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, countries, we are less than halfway down the list in terms of numbers.

Certain functions that physicians are performing in practice, in a well-organized system, could be done by other individuals within the system, but then we are talking about a shortage of nurses as well.

Clearly it involves, as you said, going back to the high schools, getting people to understand that these are interesting, valuable professions to follow. A short-term fix would be to encourage and incentive the nurses and physicians who are currently in practice to stay in practice until new individuals are trained and recruited within the system. As a longer-term fix, a person moving into a profession such as this where there is a long training period has to have some sense of the career plan that they may follow.

In the last couple of decades, we have seen instances of dramatic cuts, particularly to nurses in other provinces, that have resulted in a wholesale migration of well-trained nurses to other countries. It seems we have to take a longer view to understand

évaluation. Quand les gouvernements ont restreint le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine, je me demande bien ce qu'ils avaient dans la tête. Il y a un vieil adage où il est question de couper la branche sur laquelle on est assis. Vous avez dit penser que c'était probablement encore pire dans le domaine des soins infirmiers.

Comment pouvons-nous faire entrer plus de monde dans les écoles de médecine, et choisir la spécialisation de la gériatrie? S'ils ne sont pas d'abord à l'école de médecine, nous ne pourrons pas les amener à se spécialiser en quoi que ce soit. De plus, comment résoudre le problème des soins infirmiers?

Il faut un peu de créativité pour trouver comment attirer les jeunes dans la profession infirmière. C'est une profession honorable, merveilleuse et, nous nous entendons tous là-dessus, vitale pour une société saine. Il faut des réponses. Comment pouvons-nous aller dans les écoles secondaires et collèges communautaires et dire : « Pensez à une carrière en médecine, soit comme médecin, soit comme infirmier ou infirmière »?

Un jeune homme d'ici, un de mes amis qui a obtenu d'excellentes notes à l'Université de Victoria, y est retourné pour en avoir d'encore meilleures puis a fait des demandes d'admission dans des écoles de médecine dans tout le pays à plusieurs reprises. C'est un jeune homme fantastique et je pense qu'il ferait un médecin fantastique, du moins au plan de sa personnalité; je ne pourrais pas savoir pour son rendement scolaire — il n'est convoqué à aucune entrevue. Il y a des gens qui veulent exercer cette profession. Comment corriger cela?

Dr Robertson : Je ne suis pas sûr qu'il existe de solution facile à ce problème. Je passe beaucoup de temps dans les universités, et je ne suis pas aussi au courant que je l'ai déjà été de ce que pensent les gens de cela. Cependant, si nous regardons le nombre de médecins par habitant du Canada et d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE, nous sommes dans la moitié inférieure de la liste.

Certaines fonctions qu'accomplissent les médecins en pratique, dans un système bien organisé, pourraient être remplies par d'autres membres du système, mais quand même, nous avons aussi une pénurie de personnel infirmier.

Il est clair que cela pousse, comme vous l'avez dit, à aller dans les écoles secondaires, pousser les jeunes à comprendre que ce sont des professions intéressantes et valables à exercer. Une solution à court terme serait d'encourager et d'inciter les infirmiers et infirmières et les médecins qui sont actuellement en pratique à le rester jusqu'à ce qu'on ait pu former et recruter des personnes dans le système. À plus long terme, une personne qui s'engage dans une profession comme celle-ci, avec une longue période de formation, a besoin d'avoir une idée du cheminement professionnel qu'elle pourrait suivre.

Depuis une vingtaine d'années, nous avons connu des coupures radicales, particulièrement parmi le personnel infirmier d'autres provinces, qui ont entraîné une migration en masse d'infirmiers et infirmières d'expérience vers d'autres pays. Il semble qu'il nous

that we are training individuals who will be required for a 30- or 40-year period within the health care profession.

That is a very unsatisfactory answer, I am afraid.

Senator Mercer: It is not unsatisfactory. It is a good assessment of the situation. One of the ways I have always looked at it is getting new people into the profession, expanding medical schools and opening new nursing schools, or, more importantly, opening old nursing schools that have been closed. Your suggestion of trying to keep doctors and nurses working is a very good one, and I am not sure that we have the answer to the incentives that are needed.

As we know, geriatrics can be physically demanding for nurses because of the frailty of the patients. We are talking about keeping people in the profession who are probably toward the end of their careers, so they themselves have aged and have the bangs and bruises that we all get as we age — people the same as me with artificial knees and so on. If we keep them in the profession, then it frees up other nurses that could do the geriatric side of the profession.

Dr. Robertson: Some technical fixes can be done. For example, heavy lifting is a problem for nurses. Many facilities now are installing ceiling-mounted lifts that will assist them with that.

We could take it a step further and look at the potential for technology to create safe living environments for individuals that could be monitored from a distance. Ideally, we will have more human interaction, but if we cannot get that, we should look at the possibilities of smart houses or smart living units in which monitoring is carried out, for example, to detect whether the patient falls. Now we wait for them to be able to find their alert button, press it, and summon help. If we have a seismic detector in the floor, one could detect a change in the pattern that would enable people to send a responder if someone has fallen. There are a number of examples such as that, where, if we were imaginative, we could probably identify ways to deliver care better and perhaps more effectively.

Senator Cordy: Friends of mine who are nurses in their fifties are asking to get out of there. They are short-staffed in the hospitals. People who are in the hospitals are now sicker than they used to be because as soon as they start to feel better, they are discharged. These nurses are being phoned on their days off to go in to work, and they are counting down to retirement, which is truly unfortunate, but we certainly understand why.

faillie adopter une perspective à plus long terme pour comprendre que nous sommes en train de former des personnes dont nous aurons besoin ces trente ou quarante prochaines années dans la profession de la santé.

Je crains bien que ce soit là une réponse très peu satisfaisante.

Le sénateur Mercer : Elle n'est pas insatisfaisante. C'est une bonne évaluation de la situation. L'angle sous lequel j'ai toujours vu la situation, c'est qu'il faut faire entrer du nouveau monde dans la profession, agrandir les écoles de médecine et ouvrir des écoles de sciences infirmières ou, plus important encore, rouvrir les anciennes écoles de sciences infirmières qui ont été fermées. Votre suggestion d'essayer de faire que les médecins et infirmiers et infirmières qui travaillent continuent de travailler est bonne, et je ne suis pas sûr que nous ayons la réponse quant aux incitatifs qu'il faudrait.

Nous savons que la gériatrie peut être exigeante au plan physique pour le personnel infirmier en raison de la fragilité des patients. Nous parlons de maintenir dans la profession des gens qui parviennent probablement à la fin de leur carrière, alors ils ont eux-mêmes vieilli et souffrent des maux et les blessures que nous avons tous en vieillissant — des gens qui, comme moi, ont des genoux artificiels, notamment. Si nous les gardons en poste, cela libère d'autres infirmiers et infirmières qui pourraient s'occuper du volet gériatrique de la profession.

Dr Robertson : Il serait possible d'apporter quelques correctifs techniques. Par exemple, le soulèvement de lourdes charges pose un problème pour le personnel infirmier. Bien des établissements installent maintenant des mécanismes de levage au plafond pour les aider.

Nous pourrions aller un peu plus loin et examiner le potentiel technologique pour créer des environnements de vie sécuritaire pour les personnes dont on pourrait assurer le contrôle à distance. Idéalement, nous aurons plus d'interaction humaine, mais si nous ne pouvons pas y arriver, nous devrions envisager les possibilités de maisons intelligentes ou de modules d'habitation intelligents où il serait possible d'assurer un contrôle, par exemple, pour savoir si le patient fait des chutes. Maintenant, nous attendons qu'ils trouvent le bouton d'alerte et qu'ils l'actionnent pour appeler à l'aide. Si nous avions un capteur sismique au sol, il serait possible de déceler un changement dans les habitudes, ce qui permettrait d'envoyer un intervenant si quelqu'un fait une chute. Il y a d'autres exemples comme celui-là qui font qu'avec un peu d'imagination, nous pourrions probablement trouver des moyens de fournir des soins plus efficacement et probablement avec plus d'efficacité.

Le sénateur Cordy : J'ai des amis infirmiers et infirmières dans la cinquantaine qui veulent sortir de là. Les hôpitaux manquent de personnel. Les patients, dans les hôpitaux, sont maintenant plus malades qu'avant parce que dès qu'ils commencent à aller mieux, on les renvoie chez eux. Ces infirmiers et infirmières se font rappeler au travail pendant leurs jours de congé, et ils comptent les jours qui les séparent de la retraite, ce qui est vraiment malheureux, mais nous pouvons certainement comprendre pourquoi.

In answering a question of Senator Carstairs you talked about post-acute care. You went over it quickly, and I was scrambling. You talked about assessments sometimes being made a little too quickly, you thought, so that people are perhaps put in assisted living when maybe they could go home. Would you mind repeating that?

Dr. Robertson: One of the features of many other countries' systems is the provision of a range of post-acute care that recognizes that a hospital is actually a good place to be if one needs all of the things that a hospital does. However, it is not a particularly good place to be if one requires long-term care, or palliative care for that matter. Specialized units are there to focus on what it is that they need to do.

For example, in the United States, many of the nursing homes are not entirely long-term care facilities. At least half of their beds are for individuals who come in and go home. These are often linked in what is called vertical integration with acute care hospitals in order that a patient may go in for surgery, may go in for an acute illness, and stay a very short period of time. Only when they are physiologically quite unstable and actually need the intensive medical and nursing care that can only be provided easily in an acute care hospital, then, as rapidly as possible, they are transferred to nursing homes. However, we might not recognize them as nursing homes because many of them will provide five or six hours of nursing care per person per day as opposed to the two hours or three hours that might be provided in our nursing homes for long-term care.

The intent of admitting those people to those facilities is that they are restored to health and function and discharged home as soon as is practical.

This would include convalescence, which is basically that people are just given time to improve; it may include what we call geriatric rehabilitation, which is a little different from standard rehabilitation. The reality is, if you are providing rehabilitative services for people over the age of 85, at least a third will have significant cognitive impairment and many more will have some mild cognitive impairment. Many of those individuals are not seen as prime candidates for rehabilitative services, which are focused more on younger, fitter people with shorter lengths of stay.

A unit that accepted that a person with multiple chronic illnesses is medically a bit unstable, could in two months improve their function to the point that they could return to either their home or to a lesser level of care than they might require, would put that person into a geriatric rehabilitation unit. A few of these resources are available in Canada, but fewer than are needed at

En réponse à une question du sénateur Carstairs, vous avez parlé de soins postactifs. Vous en avez parlé très rapidement, et j'essayais de vous comprendre. Vous avez dit qu'il arrive que les évaluations soient faites un peu trop vite, selon vous, alors des gens sont mis en résidence-services quand ils pourraient peut-être rentrer chez eux. Pourriez-vous m'expliquer encore cela?

Dr Robertson : L'une des caractéristiques des systèmes de bien d'autres pays est qu'ils offrent un large éventail de soins postactifs en reconnaissance du fait qu'un hôpital est le lieu où il faut être quand on a besoin de tous ces services qu'offre un hôpital. Cependant, ce n'est pas particulièrement l'endroit où il faut être quand on a besoin de soins de longue durée, ou même de soins palliatifs, d'ailleurs. Des unités spécialisées existent pour se concentrer exactement sur ce qui doit être fait.

Par exemple, aux États-Unis, bien des centres pour personnes âgées ne sont pas entièrement des établissements de soins de longue durée. Au moins la moitié de leurs lits sont pour des personnes qui viennent faire un séjour puis retournent chez elles. Ces places sont souvent liées à ce qui est appelé l'intégration verticale avec les établissements de soins actifs afin qu'un patient puisse être admis pour une opération ou pour une maladie aiguë, et n'y rester qu'une courte période. Les patients n'y sont admis que quand ils sont physiologiquement instables et qu'ils ont vraiment besoin de soins médicaux et infirmiers intensifs ne pouvant être fournis facilement que dans le contexte des soins actifs, et ensuite, aussitôt que possible, ils sont transférés dans les établissements de soins de longue durée. Cependant, il se peut que nous ne les reconnaissons pas comme des établissements de soins de longue durée, parce que beaucoup d'entre eux fournissent cinq ou six heures de soins infirmiers par personne par jour comparativement aux deux ou trois heures de soins qui peuvent être fournis dans nos propres établissements de soins de longue durée.

Le but, quand on admet ces gens dans ces établissements, est de les ramener à la santé et qu'ils puissent fonctionner et retourner chez eux dès que c'est possible et faisable.

Cela comprendrait la convalescence, c'est-à-dire en fait qu'on laisse le temps au patient de se rétablir; ces soins peuvent comprendre des soins que l'on appelle de réadaptation gériatrique, qui sont un peu différents de la réadaptation normale. La réalité, c'est que si on fournit des services de réadaptation à des personnes âgées de plus de 85 ans, au moins un tiers d'entre elles auront des troubles cognitifs profonds, et bien d'autres encore auront des troubles cognitifs légers. Un grand nombre de ces gens ne sont pas considérés comme des candidats idéaux pour les services de réadaptation, qui sont plus axés sur les plus jeunes et plus en forme dont le séjour est plus court.

Une unité qui a accepté qu'un patient qui souffre de multiples troubles chroniques est médicalement un peu instable, qu'il pourrait en deux mois regagner assez d'autonomie pour pouvoir retourner chez lui ou avoir besoin de soins moins constants, pourrait décider de placer ce patient dans une unité de réadaptation gériatrique. Il existe quelques-unes de ces

the moment and will be needed in the future to meet the needs of this population.

Indeed, in the BCMA report entitled *Bridging the Islands: Re-Building BC's Home and Community Care System*, this group of services were excluded simply because they were different from the standard home and community care. The focus is not on maintenance but more on improvement. It is somewhere between acute care and long-term care.

Senator Cordy: Are you saying that they are not funded by our public health care system?

Dr. Robertson: They are simply not there.

Senator Cordy: They are not in Canada.

Dr. Robertson: Toronto has some geriatric rehabilitation units around the city, and there are some beds in Calgary, Edmonton and a few in Vancouver. Their numbers are very few in relation to the need. Most of them are not in long-term care facilities, they are either in rehabilitation hospitals or in sub-acute areas of acute care hospitals.

Senator Cordy: We are still doing the hospital-doctor model. We are not veering away from that at all under Canada's health plan.

Dr. Robertson: It is rehabilitative in the sense that it involves rehabilitation therapists, social workers, nurses, doctors and psychologists — a whole group of people. They could occur in acute care hospitals, but in terms of a more appropriate location, if you are planning discharge home, it might be in a community setting such as a long-term care facility with these additional resources added to it.

We had some experience of this in this city many years ago, and it continues to some extent. It is taking individuals usually after a serious acute illness, very often an episode of delirium or when they have had a sudden decline in their functional abilities or their ability to ambulate, and identifying within that group those individuals who have the potential to improve with time.

Senator Cordy: We talked about education in medical and nursing schools in terms of geriatrics. However, I believe it goes farther than just educating doctors, nurses and seniors and anyone working in the health care field. It requires educating the public as a whole because seniors are living in communities not in isolation. That is something that could be a federal impetus, that could come from the federal government. We have had the smoking cessation programs, which worked very effectively.

ressources au Canada, mais moins que ce qu'il nous faudrait actuellement et qu'il faudra dans le futur pour répondre aux besoins de cette population.

De fait, dans le rapport de la BCMA intitulé *Bridging the Islands: Re-Building BC's Home and Community Care System*, ce groupe de services a été exclu simplement parce qu'il était différent des soins standards à domicile et dans la communauté. Le point de mire n'est pas sur le maintien mais plutôt sur l'amélioration. C'est quelque chose qui se situe entre les soins actifs et les soins de longue durée.

Le sénateur Cordy : Voulez-vous dire par là que vous n'êtes pas financés par notre système de santé public?

Dr Robertson : Ils n'existent tout simplement pas.

Le sénateur Cordy : Ils n'existent pas au Canada.

Dr Robertson : Toronto a quelques unités de réadaptation gériatrique dans la ville, et il y a des lits à Calgary, Edmonton et quelques-uns à Vancouver. Leur nombre est très limité comparativement aux besoins. La plupart ne sont pas dans des établissements de soins de longue durée, ni dans des centres de réadaptation ou des secteurs de soins pour affections subaiguës des établissements de soins actifs.

Le sénateur Cordy : Nous fonctionnons encore avec le modèle hôpital-médecin. Nous ne nous en éloignons absolument pas avec le régime de santé du Canada.

Dr Robertson : C'est réadaptatif dans le sens qu'il faut des thérapeutes en réadaptation, des travailleurs sociaux, des infirmiers et infirmières, des médecins et des psychologues — tout un groupe de personnes. Elles pourraient être dans les centres de soins actifs, mais en termes d'emplacement plus approprié, si vous envisagez un centre de convalescence, ce pourrait être dans un contexte communautaire, comme un établissement de soins de longue durée doté de ces ressources additionnelles.

Nous en avons un peu fait l'expérience il y a longtemps, et elle se poursuit dans une certaine mesure. Ce centre prend des patients, généralement, après une maladie aiguë grave, très souvent accompagnée d'un épisode de délire ou quand il y a chute soudaine des habiletés fonctionnelles ou de la mobilité, et il identifie dans ce groupe les personnes qui ont un potentiel d'amélioration avec le temps.

Le sénateur Cordy : Nous avons parlé d'enseignement de la gériatrie dans les écoles de médecine et de sciences infirmières. Cependant, je pense qu'il s'agit plus que de seulement éduquer les médecins, les infirmiers et infirmières et les personnes âgées et quiconque travaille dans le domaine de la santé. Il faut éduquer le public dans l'ensemble parce que les aînés vivent dans des communautés, pas en isolement. C'est quelque chose que le gouvernement fédéral pourrait stimuler, qui pourrait venir de lui. Nous avons eu des programmes de renoncement au tabac qui ont été très efficaces.

We have heard from seniors who may be abused financially, but also physically and sexually and in other ways. Seniors are very embarrassed to tell people about it because they think that they are doing something wrong or that they will be isolated from a family member or caregiver.

How would such a program work nationally, and who should be the targets?

Dr. Robertson: I am not certain how it would work nationally. However, education should include future planning but not just future care planning.

Many of us approach old age perhaps with a rosy view or an inappropriately pessimistic view, and to give people information about what might reasonably be expected as we age could well be part of one of your recommendations with respect to educating people about ageism. Changes occur as we age that we should know about that will ultimately, if we live long enough, affect our functional abilities. Thinking ahead and making arrangements with respect to financial management and health care decisions are ways of protecting oneself against the issues of financial abuse of elders that you heard about yesterday. Failure to make those advanced planning decisions renders people vulnerable.

Would getting information ensure that everyone would follow that? I doubt it. Tools could be developed to help people work through the advance planning decisions they need to make. That is something that could be a federal initiative as well.

I would like to speak to the issue of planning, which is in your interim report. In the BCMA report, although the BCMA is a strong advocate for a strong public health care system, the recommendation for a tax advantage savings system for chronic illness in old age is included — and I see that you have that as one of the potential recommendations in your report. I would tie that to this as well. You deal with ageism, which is pervasive; we all know that. One deals with the advance planning that needs to be made in anticipation of living a full human lifespan, what one might reasonably expect in the later years of life and how one prepares for that. It is preparation in terms of one's personal and financial decisions. That could be put together as a positive way of giving people the information and tools needed to proactively think about where they will live.

I deal with this frequently when individuals are at a point where they can no longer safely drive. If they are living in a location that is remote from public transport, if they have not anticipated that sometime in their late eighties or nineties they may have to stop driving and are living in a location that they are reluctant to move from, that places them in a very difficult situation.

Nous avons entendu parler de personnes âgées qui pourraient être victimes d'abus financiers, mais aussi d'abus physiques et sexuels d'autres sortes. Les aînés sont très gênés d'en parler parce qu'ils pensent qu'ils font quelque chose de mal et qu'ils seront isolés d'un proche ou d'un soignant.

Comment un tel programme pourrait-il fonctionner à l'échelle nationale, et qui devrait-il cibler?

Dr Robertson : Je ne sais pas vraiment comment il pourrait fonctionner à l'échelle nationale. Cependant, l'éducation devrait comprendre la planification de l'avenir, et non pas seulement la planification des soins pour l'avenir.

Bon nombre d'entre nous envisagent la vieillesse avec un certain optimisme ou peut-être avec un pessimisme injustifié, et il se pourrait bien qu'un élément de l'une de nos recommandations consisterait à renseigner les gens sur ce à quoi ils peuvent raisonnablement s'attendre en vieillissant, en ce qui concerne l'éducation de la population sur le vieillissement. Des changements surviennent quand on vieillit, dont on devrait savoir qu'en bout de ligne, si nous vivons assez vieux, ils auront une incidence sur nos habiletés fonctionnelles. L'adoption de mesures de prévoyances et les arrangements en ce qui concerne la gestion des finances et les décisions en matière de santé sont des moyens de se protéger contre les problèmes d'abus financiers des aînés dont vous avez entendu parler hier. En ne prenant pas à l'avance ces décisions préventives, les gens se rendent vulnérables.

Est-ce que le fait de les informer garantirait que tout le monde le ferait? J'en doute. Des outils pourraient être conçus pour aider les gens à prendre les décisions de planification qu'il leur faut prendre. C'est quelque chose qui pourrait aussi se faire dans le cadre d'une initiative fédérale.

J'aimerais parler de la question de la planification, dont traite votre rapport intérimaire. Dans le rapport de la BCMA, bien que la BCMA soit un ferme défenseur d'un solide régime de santé public, il y a une recommandation de système d'économies par les avantages fiscaux pour les personnes âgées souffrant de maladie chronique — et je vois que vous l'avez retenue comme recommandation potentielle pour votre rapport. Je ferais aussi le lien avec ceci. Vous parlez du vieillissement, qui est envahissant, nous le savons tous. On parle de la planification qu'il faut faire en prévision d'une longue vie, de ce à quoi l'on peut raisonnablement s'attendre vers la fin de la vie, et il faut se préparer pour cela. C'est une préparation en termes de décisions personnelles et financières. Cela pourrait être présenté comme une manière de munir les gens des renseignements et des outils nécessaires pour réfléchir de manière proactive à l'endroit où ils vivront.

J'ai souvent affaire à cela quand des patients en arrivent au point où ils ne peuvent plus conduire en toute sécurité. S'ils vivent dans un endroit où il n'y a pas de transport public, s'ils n'ont pas prévu, à un moment donné, à l'approche des 90 ans ou au début de cette décennie, qu'il leur faudrait cesser de conduire alors qu'ils vivent en un lieu isolé qu'ils sont réticents à quitter, cela les met dans une situation très difficile.

We should all recognize that at some point all of us will have to face a decision about our continued ability to drive. The location in which we live is an important part of that decision. We can recognize that in advance and take the steps that are required to anticipate that.

The Chair: I will end with an interesting concept, and I would like to have your views on it.

It was health economists who told us, in 1991, that we were training too many physicians. It was people other than physicians who told us this. We all bought that and cut enrolment in medical schools across the country. We certainly have lots of people applying for medical schools, but we are not taking nearly as many in as we could.

It has been suggested that maybe we are overeducating physicians. In Britain, you can go to medical school after your A-levels, so you are about 19 years of age. In Quebec you can go after two years of Cégep, which means you are also 19 years of age. In the rest of Canada, we are, for the most part, not taking people until after their bachelor of science and, in some cases, their masters of science.

Do we need to do that? Is there something wrong with the Canadian English-speaking student that we could not start training them in medical school at the age of 19?

Dr. Robertson: As someone that entered medical school at 18 and came to Canada in 1966, yes, it is possible to do that.

Some would argue that there has been a change in the educational system as well. I know Britain, while you can technically enter medical school at the age of 19, many more individuals are entering now than used to be the case with at least one degree. In Britain, medical schools are a five-year program, or six years in some places, as opposed to the four and, in some places, three years in Canada.

It rather depends on what people expect from their physicians. The amount of knowledge that is required to demonstrate basic competence continues to increase. The amount of knowledge that one has to replace in order to maintain continued competence is significant, and certainly life-long learning and knowledge transfer can be valuable.

The University of Calgary and McMaster University have three-year programs, as you well know, and their graduates do not seem to be at any significant disadvantage having done shorter programs.

In a competitive, restricted market, where it is very difficult to judge personal attributes in an interview, grade point average and degrees are less subjective measures that are used, at least in part, to make decisions about entry into medical school.

The Chair: I know there were 24,000 applications for the first-year class at McMaster University this year. All of the applicants had degrees. It was not a lack of ability, simply a lack of places.

Nous devrions tous reconnaître qu'à un moment donné, nous serons confrontés à une décision sur notre capacité de continuer de conduire. L'endroit où nous vivons est un facteur important dans cette décision. Nous pouvons le reconnaître à l'avance et prendre les mesures nécessaires en prévision de cela.

La présidente : Je terminerai sur une théorie intéressante, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Ce sont des économistes du domaine de la santé qui nous ont dit, en 1991, que nous formions trop de médecins. Ce ne sont pas des médecins qui nous ont dit cela. Nous les avons tous crus, et nous avons réduit les inscriptions dans les écoles de médecine de tout le pays. Nous recevons, c'est certain, beaucoup de candidatures à l'admission dans les écoles de médecine, mais nous sommes loin d'en admettre autant que nous le pourrions.

On a entendu dire que nous en enseignons trop aux médecins. En Grande-Bretagne, on peut entrer à l'école de médecine après le bac, soit à l'âge de 19 ans. Au Québec, on peut y entrer après deux années de Cégep, soit aussi à 19 ans. Dans le reste du Canada, pour la plupart, nous n'acceptons pas d'étudiants avant qu'ils aient obtenu un baccalauréat en sciences et même, dans certains cas, une maîtrise en sciences.

Est-ce que c'est nécessaire? Y a-t-il quelque chose qui cloche avec les étudiants anglophones du Canada qui fait qu'ils ne peuvent pas entamer leur formation médicale à l'âge de 19 ans?

Dr Robertson : Comme j'ai entamé mes études de médecine à l'âge de 18 ans et je suis arrivé au Canada en 1966, je dirais que oui, c'est possible.

D'aucuns parleraient des changements survenus dans le système d'éducation, aussi. Je sais qu'en Grande-Bretagne, bien qu'on puisse en principe entrer à l'école de médecine à 19 ans, il en rentre bien plus maintenant qu'auparavant qui sont déjà titulaires d'au moins un diplôme. En Grande-Bretagne, le programme des écoles de médecine dure cinq ans, ou six à certains endroits, comparativement à quatre, et parfois trois au Canada.

Cela dépend plutôt ce que les gens attendent de leurs médecins. La mesure des connaissances nécessaires pour faire la preuve d'une compétence de base continue d'augmenter. La quantité de connaissances qu'il faut renouveler pour entretenir son niveau de compétence est énorme, et il est certain que l'apprentissage permanent et le transfert du savoir peuvent être précieux.

Les Universités de Calgary et McMaster ont des programmes de trois ans, comme vous le savez bien, et leurs diplômés ne semblent pas être particulièrement désavantagés pour avoir suivi un programme plus court.

Sur un marché compétitif et restreint, où il est très difficile de juger des caractéristiques personnelles lors d'une entrevue, la moyenne pondérée cumulative et les diplômes sont des mesures moins subjectives employées, du moins en partie, pour prendre les décisions d'admission à l'école de médecine.

La présidente : Je sais que l'Université McMaster a reçu cette année 24 000 demandes d'admission. Tous les candidats avaient des diplômes. Il ne manquait pas de compétences mais simplement de places.

Thank you very much for being with us this afternoon.

The committee adjourned.

Je vous remercie de votre présence parmi nous cet après-midi.

La séance est levée.

Thursday, June 5, 2008 (afternoon session)

individuals:

Carol Pickup, South Island Health Coalition;

Judith Cameron, Executive Director, Fairfield Activity Centre;

Dale Perkins, Minister, United Church of Canada, Victoria
Presbytery;

Elfreda Schneider;

Judith Johnson.

BC Medical Association:

Dr. Duncan Robertson, Geriatrics and Palliative Care.

Le jeudi 5 juin (séance de l'après-midi)

À titre personnel :

Carol Pickup, South Island Health Coalition;

Judith Cameron, directrice générale, Fairfield Activity Centre;

Dale Perkins, ministre du culte, Église Unie du Canada, presbytère
de Victoria;

Elfreda Schneider;

Judith Johnson.

BC Medical Association :

Dr Duncan Robertson, gériatrie et soins palliatifs.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Thursday, June 5, 2008 (morning session)

Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia:

Gudrun Langolf, Director.

B.C. Retired Teachers' Association:

Cliff Boldt, Director;

Reg Miller, Member of the Advocacy Committee.

Family Caregivers' Network Society:

Barbara MacLean, Executive Director.

BC Seniors Living Association:

Seona Stephen, Vice President.

Vancouver Island Health Authority:

Dr. Michael Cooper, Division Head of Geriatric Psychiatry;

Dr. Marianne McLennan, Director, Seniors, End of Life and
Spiritual Health.

Saanich Peninsula Health Association:

Lyne England, Chair.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le jeudi 5 juin 2008 (séance du matin)

Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia :

Gudrun Langolf, directrice.

B.C. Retired Teachers' Association :

Cliff Boldt, directeur;

Reg Miller, membre du comité de parrainage.

Family Caregivers' Network Society :

Barbara MacLean, directrice générale.

BC Seniors Living Association :

Seona Stephen, vice-présidente.

Autorité sanitaire de l'île de Vancouver :

Dr Michael Cooper, chef de division de la psychiatrie gériatrique;

Dre Marianne McLennan, directrice, aînés, Fin de la vie et santé
spirituelle.

Saanich Peninsula Health Association :

Lyne England, présidente.

(Suite à la page précédente)





Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

Deuxième session de la
trente-neuvième législature, 2007-2008

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Aging

Vieillessement

Chair:
The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Présidente :
L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Monday, June 9, 2008

Le lundi 9 juin 2008

Issue No. 14
Twenty-seventh meeting on:
Special study on aging

Fascicule n° 14
Vingt-septième réunion concernant :
L'étude spéciale sur le vieillissement

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)

THE SPECIAL SENATE COMMITTEE ON
AGING

The Honourable Sharon Carstairs, P.C., *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, P.C.
Cools	(or Comeau)
* Hervieux-Payette, P.C.	Mercer
(or Tardif)	Stratton

*Ex officio members

(Quorum 3)

LE COMITÉ SÉNATORIAL SPÉCIAL SUR
LE VIEILLISSEMENT

Présidente : L'honorable Sharon Carstairs, C.P.

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

Chaput	Keon
Cordy	* LeBreton, C.P.
Cools	(ou Comeau)
* Hervieux-Payette, C.P.	Mercer
(ou Tardif)	Stratton

*Membres d'office

(Quorum 3)

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, June 9, 2008
(28)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 11:35 a.m., in room 9, Victoria Building, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cordy, Mercer and Stratton (4).

In attendance: Julie Cool, Analyst, Parliamentary Information and Research Services, Library of Parliament.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the order of reference adopted by the Senate on Thursday, November 1, 2007, the committee continued consideration of the implications of an aging society in Canada. (For complete text of the order of reference, see proceedings of the committee, Issue No. 1)

WITNESSES:

National Seniors Council:

Jean-Guy Soulière, Chair.

International Federation on Ageing:

Jane Barratt, Secretary General.

National Pensioners and Seniors Citizens Federation:

Joyce Mitchell, Treasurer.

The chair made a statement.

Ms. Barratt, Ms. Mitchell and Mr. Soulière each made a presentation and answered question.

At 1:01 p.m., the committee suspended.

At 1:32 p.m., the committee resumed and, pursuant to rule 92(2)(f), proceeded in camera to consider a draft report.

It was agreed that the framework for the final report be adopted.

At 2:15 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 9 juin 2008
(28)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 11 h 35, dans la salle 9 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cordy, Mercer et Stratton (4).

Également présente : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool, analyste.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} novembre 2007, le comité poursuit son étude des incidences du vieillissement de la société canadienne. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure au fascicule n° 1 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS :

Conseil national des aînés :

Jean-Guy Soulière, président.

Fédération internationale du vieillissement :

Jane Barratt, secrétaire générale.

Fédération nationale des retraités et des citoyens âgés :

Joyce Mitchell, trésorière.

La présidente fait une déclaration.

Mmes Barratt et Mitchell et M. Soulière font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 13 h 1, la séance est interrompue.

À 13 h 32, le comité reprend ses travaux à huis clos, conformément à l'alinéa 92(2)f) du Règlement, afin d'examiner un projet de rapport.

Il est convenu d'adopter le cadre du rapport final.

À 14 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, June 9, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 11:35 a.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

Senator Sharon Carstairs (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Good morning and welcome to the meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. Today will be the final meeting on our second interim report, *Issues and Options for an Aging Population*, which was tabled in the Senate on March 11.

This will be our final group of witnesses before we issue our final report in September, hopefully. Appearing before us once again, on behalf of the National Seniors Council, NSC, is Jean-Guy Soulière, Chair; Jane Barratt, Secretary General, International Federation on Ageing; and Joyce Mitchell, Treasurer, National Pensioners and Senior Citizens Federation.

You are here today because we have now heard from all the witnesses we wanted to hear from, and because we have now travelled across the country. Given your various positions, we wanted you to give us a final “kick at the cat” in case there are any issues you think we may have missed. In that way, we can ensure it is part of our final report. Let us begin with Ms. Barratt.

Jane Barratt, Secretary General, International Federation on Ageing: The International Federation on Ageing, IFA, is honoured to be invited to this Special Senate Committee on Aging to respond to the second interim report. The IFA is one of only four international non-governmental organizations in this field. It uniquely works as an information exchange and point of connection with public and private sectors, civil society, academia and individuals to improve the quality of life of older people.

Enabling and supporting physical, social and cultural environments are key elements to engaging and empowering older people. First, the IFA wishes to congratulate the Special Senate Committee on Aging in not only listening but hearing the views of witnesses and other experts over many months. The report, with some 84 proposed options, is evidence of a comprehensive process of consultation. The committee now has some serious decisions to make in understanding the way forward. It must prioritize many demanding calls for improvements and change — not all is achievable.

In broad terms, this report spans four main areas — engaging seniors, financial protection, care and support, and age discrimination. These areas are interdependent and have an

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 9 juin 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement s'est réuni ce jour à 11 h 35 pour examiner, afin d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Le sénateur Sharon Carstairs (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Bonjour et bienvenue à la séance du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Le comité étudie les incidences du vieillissement de la société canadienne. Notre séance d'aujourd'hui sera la dernière consacrée à notre deuxième rapport provisoire intitulé *Une population vieillissante : Enjeux et options*, qui a été remis au Sénat le 11 mars.

Vous serez le dernier groupe de témoins que nous allons entendre avant de présenter notre rapport final en septembre, comme nous l'espérons. Comparaisent devant nous une nouvelle fois, Jean-Guy Soulière, président du Conseil national des aînés, CNA, Jane Barratt, secrétaire générale de la Fédération internationale du vieillissement et Joyce Mitchell, trésorière, Fédération nationale des retraités et des citoyens âgés.

Vous êtes ici aujourd'hui parce que nous avons maintenant entendu tous les témoins que nous souhaitions entendre et parce que nous nous sommes rendus dans les différentes régions du pays. Étant donné que vous occupez des positions variées, nous voulions vous donner une dernière possibilité de prendre la parole dans le cas où nous aurions omis d'aborder certaines questions. Nous pourrions ainsi compléter notre rapport final. Nous allons commencer avec Mme Barratt.

Jane Barratt, secrétaire générale, Fédération internationale du vieillissement : La Fédération internationale du vieillissement, la FIV, est honorée d'être invitée par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement à répondre au second rapport provisoire. La FIV est une des quatre seules organisations non gouvernementales internationales qui œuvrent dans ce domaine. Elle joue un rôle unique qui consiste à servir de lieu d'échange d'information et de liaison avec les secteurs public et privé, la société civile, les universitaires et les particuliers dans le but d'améliorer la qualité de vie des aînés.

La création et le développement d'un environnement physique, social et culturel sont les éléments clés qui permettent de rejoindre les personnes âgées et de les inciter à se prendre en main. Premièrement, la FIV félicite le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement pour avoir non seulement entendu mais écouté les opinions des témoins et d'autres experts pendant de nombreux mois. Le rapport, qui contient quelque 84 projets de solution, est le fruit de consultations approfondies. Le comité va maintenant devoir prendre des décisions difficiles et choisir des orientations dans ce domaine. Il doit établir des priorités entre les nombreuses demandes d'amélioration et de changement — dont toutes ne sont pas réalisables.

En termes généraux, on peut dire que le rapport traite de quatre sujets principaux — la participation des aînés, la sécurité financière, les soins et les services de soutien et la discrimination

effect on one another. For example, discriminatory employment practices have a relationship to mental health, to marginalization and, in its extreme form, may in part result in suicide. The following comments highlight some of what could collectively be known as the “tipping point.” “Positive,” “healthy,” “active” and “successful” aging are terms used to generally describe the kind of processes and outcome we all want — that is, to have the cognitive and physical capabilities to choose what and who we want to be and where we want to live as we reach our later years.

The IFA uses the term “engaging seniors” as a catch-all for policies and programs that denote participation, involvement and involution. Together, these naturally give rise to being “in action.”

“Engaging seniors” embraces many of the proposed options in the report related to lifelong learning, volunteers, social inclusion, and health promotion and prevention. It also recognizes that the mental health of seniors is often related to their involvement in family, community and society as a productive and worthy member.

There are, however, underlying factors not noted in the interim report that may prevent success. For example, there is no question that volunteer programs can be created. However, the “value” of “unpaid work” is not yet recognized as a critical part of community; volunteerism is often still considered “something” you do after “real work” is completed. We may want to think about the economic value of volunteers and include this in all annual reports in both the public and private sectors.

Lifelong learning programs are a further example where we may not be fully realizing the potential. Can programs of lifelong learning be established in the context of mentorship programs across generations and value-added propositions for mature workers?

There is an opportunity for tremendous leadership across sectors for knowledge creation and translation to be more than a textbook exercise. Healthy aging, social inclusion and good mental health are characteristics that we would all want for seniors in this country — they are interwoven and embedded in a supportive and enabling physical and social environment.

Perhaps the Senate committee may consider the importance of design disciplines, including landscape, industrial design and product development. This resonates with a more inclusive

fondée sur l'âge. Ces domaines sont interdépendants et s'influencent mutuellement. Par exemple, les pratiques discriminatoires en matière d'emploi sont reliées à la santé mentale, à la marginalisation et, sous leur forme extrême, peuvent parfois déboucher sur le suicide. Les commentaires qui suivent portent principalement sur ce que l'on peut désigner sous le terme général de « point charnière ». Un vieillissement « positif », « sain », « actif » et « réussi » sont des termes que l'on utilise généralement pour décrire les processus et les résultats que nous souhaitons tous — c'est-à-dire, avoir la capacité cognitive et physique de choisir ce que nous voulons être et où nous voulons vivre nos dernières années.

La FIV utilise l'expression « favoriser la participation des aînés » pour désigner les politiques et les programmes qui font appel à la participation des aînés, favorisent leurs activités et l'involution. Ensemble, ces notions débouchent sur l'idée qu'il faut être « actif ».

« La participation des aînés » englobe la plupart des solutions proposées dans le rapport qui touchent l'apprentissage permanent, les bénévoles, l'inclusion sociale ainsi que la promotion de la santé et la prévention. Cette expression tient compte également du fait que la santé mentale des personnes âgées est bien souvent reliée à leur participation à la vie de leur famille, à celle de leur communauté et à la société, en tant que membres productifs et reconnus.

Il existe toutefois des facteurs sous-jacents qui n'ont pas été mentionnés dans le rapport provisoire et qui peuvent compromettre le succès de ces politiques. Par exemple, il est exact qu'il est possible de mettre sur pied des programmes destinés à être mis en œuvre par des bénévoles. Par contre, la « valeur » du « travail non rémunéré » n'est pas encore reconnue comme un élément essentiel de la collectivité; le bénévolat est bien souvent encore considéré comme « quelque chose » que l'on fait quand on a cessé de « travailler ». Il serait peut-être bon de tenir compte de la valeur économique du travail des bénévoles et d'inclure tout ceci dans les rapports annuels, tant dans le secteur public que le secteur privé.

Les programmes d'apprentissage permanent sont un autre exemple de programmes dont nous n'exploitons peut-être pas toutes les possibilités. Ne pourrait-on pas mettre sur pied des programmes d'apprentissage permanent dans le cadre des programmes de mentorat intergénérationnel et en faire des propositions stimulantes pour les travailleurs âgés?

Les différents secteurs ont la possibilité de montrer de façon éclatante que l'acquisition et la mise en pratique des connaissances ne doivent pas nécessairement se résumer à des exercices scolaires. Vieillir en bonne santé, être actif socialement et en bonne santé mentale sont des caractéristiques que nous souhaitons tous aux aînés canadiens — elles sont reliées entre elles et exigent un environnement physique et social adapté et positif.

Le comité sénatorial pourrait examiner l'importance des disciplines axées sur la conception, comme le dessin industriel et paysager et le développement de produits. Ces aspects s'intègrent

approach of what it is to grow older in a community that enables us to grow old actively and thereby benefits from the economic opportunities of this nation's demographic change.

The internationally recognized leadership of the Public Health Agency of Canada cannot be underestimated in the development of various models of age-friendly communities in many provinces since the conclusion of the World Health Organization's global age-friendly cities project. There is a true sense of ownership by and for several communities in Canada that reaches out to solve many financial and social issues experienced by seniors. In addition, the endorsement by the federal, provincial and territorial ministers responsible for seniors of the age-friendly rural and remote communities initiative continues to gain momentum around the world.

The IFA notes the weight that the Senate committee places on abuse and neglect of seniors which is unacceptable. Awareness campaigns and sharing best practices do not necessarily address the "pointing end" of this growing trend or the causative factors. Abuse of seniors is a public health issue and a community responsibility — and a multisectoral approach is crucial to build solutions.

The increased prevalence of abuse and neglect of seniors in our nation cannot be viewed as separate to the social and physical environment. Not enough attention is being paid to the potential underlying causes such as inadequate training of care workers, insufficient appropriate home care services, a lack of long-term care facilities for older people with advanced dementia, and the non-uniform approach to a national understanding of the need for community and residential services.

I wish to make some brief comments in relation to the broad area of care and support for seniors.

There are many options for the committee to consider. There are also some fundamental issues in the decision-making process. These include: inequities in care services and the access and uptake of medication across provinces; inadequate training of health care professionals; socio-economic status as a factor in accessing care services; the capacity and capability of visible minority groups to age in a foreign land; and a lack of national standards and accreditation of home care providers and staff that may result in risk to staff, clients and families.

All seniors must have the same options, regardless of where they live in Canada, to access good quality care and support provided by trained care workers and professionals, regardless of their race, religion, education, gender and geographical location.

bien à une approche plus inclusive de ce que veut dire vieillir dans une collectivité qui nous permet de demeurer actif et qui retire des avantages des possibilités économiques qu'offre l'évolution démographique de notre pays.

Il ne faut pas sous-estimer le leadership international reconnu qu'exerce l'Agence de la santé publique du Canada dans l'élaboration de divers modèles de collectivités-amies des aînés dans de nombreuses provinces depuis le lancement du projet cités mondiales amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé. Il existe un fort sentiment d'intégration au sein des collectivités canadiennes qui ont réussi à résoudre les nombreux problèmes sociaux et financiers que connaissent les personnes âgées. De plus, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés ont appuyé l'initiative des collectivités rurales éloignées amies des aînés, mouvement qui prend de l'ampleur à l'échelle mondiale.

La FIV note que le comité sénatorial a accordé une grande importance à la question des mauvais traitements infligés aux aînés, et aux cas de négligence, phénomènes inacceptables. Les campagnes de sensibilisation et la diffusion des bonnes pratiques ne s'attaquent pas toujours aux symptômes de cette tendance, ni à ses causes. La maltraitance des aînés est une question de santé publique et une responsabilité communautaire — il est essentiel d'adopter une approche multisectorielle pour résoudre ce problème.

L'augmentation des cas de mauvais traitements et de négligence des aînés au Canada ne peut être examinée sans tenir compte de l'environnement social et physique. On ne s'intéresse pas suffisamment aux causes sous-jacentes potentielles, comme l'insuffisance de la formation donnée aux soignants, l'insuffisance des services de soins à domicile, l'absence d'établissements de soins à long terme pour les personnes âgées atteintes de démence avancée et l'absence d'approche uniforme à une prise de conscience nationale de la nécessité d'offrir des services communautaires et résidentiels.

Je vais faire quelques brefs commentaires au sujet de la grande question des soins et du soutien donnés aux personnes âgées.

Le comité peut envisager plusieurs options. Le processus décisionnel soulève également certaines questions fondamentales, notamment : les inégalités dans les services de soins et l'accès ainsi que la prise de médicaments dans les différentes provinces, l'insuffisance de la formation des professionnels de la santé, le fait que le statut socioéconomique soit un facteur dans l'accès aux soins, la capacité des membres des minorités visibles de vieillir dans un pays étranger, et l'absence de normes nationales, notamment en matière d'agrément, relatives aux fournisseurs de soins à domicile et à leur personnel, absence qui peut entraîner des risques pour le personnel, les clients et les familles.

Toutes les personnes âgées doivent avoir accès aux mêmes services, quel que soit l'endroit où elles vivent au Canada, notamment celui d'avoir accès à des soins et à des services de soutien de qualité fournis par des professionnels et des soignants compétents, quels que soient leur race, leur religion, leur éducation, leur sexe et leur lieu de résidence.

Caregiving is a growing business across the world and, while it is imperative to develop necessary programs to support family caregivers, the landscape is also changing. Demographics, urban migration and the role of women in the workforce gives rise to concerns about the role of family. Therefore, we need to look beyond the current generation of solutions.

For example, a government subsidy to every senior in need of a personal help/medical alert device may enable them to remain in their home safely and, in many instances, enable family caregivers to remain in their employment rather than take on the role of "sole caregiver." A small financial investment is a simple and effective way to support seniors to remain living in their home coupled with a case management approach.

As a side note, Australia is considering a safety plan to "tag" people with dementia. Under the plan, about 3,600 approved providers delivering services for residential aged care, respite services and transitional care will report cases to the Department of Health and Ageing when a resident is deemed to be missing. In the State of Victoria, over 6,500 older people with dementia will go wandering in one year. It causes great concern for families, but also enacts a multisystem community approach in locating these people.

To age in place is to have choice to live in an environment that is responsive to changes in one's functional ability. That is what it means to age in place, whether this is in a private residence or a residential care facility. Home modifications are only one element of a strategy that could be considered. The other elements may include mainstreaming transport services, community case management approaches, education of architects and those involved in the built environment, and postgraduate training in designing environments that give life to all age groups.

Aging in place is of such national and international interest that the IFA is convening a senior governmental officials meeting this year in Montreal on this subject. It has attracted over 50 governments. In 2009, we will convene an international forum in Japan to examine in greater depth the models of best practice and how they relate from an economic and social perspective.

There are many models in Canada of aging in place. A growing body of knowledge exists in Canada that requires nurturing and transference provincially. Integrated models of care have received attention globally for over two decades. The efficacy and transference of such models is not conclusive.

La prestation de soins est une activité en pleine croissance dans le monde entier et s'il est impératif de mettre sur pied des programmes destinés à appuyer les soignants familiaux, la situation évolue. Les caractéristiques démographiques, la migration urbaine et le rôle des femmes dans le monde du travail amènent à se poser des questions au sujet du rôle de la famille. C'est la raison pour laquelle il faut envisager d'autres solutions que celles qui sont proposées actuellement.

Par exemple, une indemnité gouvernementale qui serait versée à toute personne âgée qui a besoin d'aide personnelle ou d'un dispositif d'alerte médicale pourrait lui permettre de rester chez elle en sécurité et permettrait bien souvent aux soignants familiaux de conserver leur emploi plutôt que d'assumer le rôle de « soignant unique ». Un investissement financier modeste constitue une façon simple et efficace d'aider les personnes âgées à vivre chez elles, combinée à une approche axée sur la gestion de cas.

Je mentionne en passant que l'Australie envisage d'adopter un plan de sécurité qui consiste à faire porter une plaque d'identité à toutes les personnes atteintes de démence. Selon ce plan, les quelque 3 600 fournisseurs agréés qui offrent des soins aux personnes âgées en résidence, des services de relève et des soins de transition signaleraient au ministère de la Santé et du Vieillesse le fait qu'un résident manque à l'appel. Dans l'État de Victoria, plus de 6 500 personnes âgées atteintes de démence s'égarent chaque année. Cette situation inquiète grandement les familles mais un tel plan concrétise une approche communautaire plurisystémique à la localisation de ces personnes.

Vieillir chez soi consiste à avoir le choix de vivre dans un environnement qui offre des services conformes à la capacité fonctionnelle des personnes âgées. C'est ce que veut dire vieillir chez soi, qu'il s'agisse d'une résidence privée ou d'un établissement de soins résidentiel. La modification des logements en vue de les adapter aux besoins des personnes âgées ne constitue qu'un élément d'une stratégie envisageable. Les autres éléments pourraient comprendre notamment l'utilisation des transports en commun, les approches axées sur la gestion de cas communautaire, la sensibilisation des architectes et des personnes responsables des édifices et la formation de diplômés dans le domaine de la conception d'environnement favorisant les activités de tous les groupes d'âge.

Le vieillissement chez soi a suscité un tel intérêt sur le plan national et international que la FIV organise une réunion de hauts fonctionnaires cette année à Montréal sur ce sujet. Plus de 50 gouvernements vont participer à cette réunion. En 2009, nous allons tenir un forum international au Japon pour examiner de façon approfondie les différents modèles de bonnes pratiques et la façon dont ils sont reliés sur le plan économique et social.

Il existe déjà au Canada plusieurs modèles de vieillissement chez soi. Il y a un ensemble de connaissances qu'il faudrait développer et transférer aux provinces. Cela fait plus d'une vingtaine d'années que les modèles de soins intégrés retiennent l'attention de nombreux pays. L'efficacité et la transférabilité de ces modèles ne sont toutefois pas démontrées.

In a practical sense, people of all ages require and expect a health and care system that is continuous — providing a continuum of care that is responsive and cost effective. A national framework that goes beyond a set of guidelines but has a certain level of accountability is necessary.

International trends and the status of residential care require specific comments.

Standards and accreditation beyond building codes are essential. Facilities that encourage independence and active aging are the future of residential care. While residents may require high levels of clinical care in response to chronic or terminal conditions, this should not be a substitute for, but rather complement, promotion of health and wellness.

Finally, age discrimination is a characteristic of our time. “Casual ageism” is among the most common and glaring examples of age discrimination. This refers to the general negative perception of older people and their position in society. Age discrimination in the workforce is one of the most pressing legal issues that Canada and many countries in the developing world realize today. The changing population demographics and increased life expectancy rates are having an effect on the make-up of our workforce. This necessitates review and action on discrimination in this area.

Other forms of age discrimination, such as the provision of goods and services or access to health care and insurance, are often not addressed by legislation. Equality will not be achieved if only some forms of discrimination are illegal while others are allowed to continue.

Furthermore, some legislation only extends to discriminatory practices in the public sector. Equality cannot be achieved if only the public authorities are subject to the rules of non-discrimination. The state must ensure that non-discrimination is practised within both the public and private sectors.

The tremendous recent interest in Canada and abroad of “law as it relates to older people” calls for more than quiet reflection on this. It is a product of occurrences in our community. An increase in the prevalence of people with decision-making disabilities vis-à-vis dementia calls for review of guardianship and administrative policies and practices. One can expect an increase in the number of cases presented to the public advocate in the future.

Sur le plan pratique, les gens de toutes les catégories d'âge veulent un système de santé complet — un système qui offre toute la gamme des soins nécessaires et qui soit adapté et abordable. Il y a lieu d'adopter un cadre national qui ne soit pas un simple ensemble de lignes directrices mais qui prévoit l'obligation de rendre des comptes.

Les tendances internationales et le statut des soins en résidence appellent des commentaires particuliers.

Il est essentiel d'adopter des normes et des mécanismes d'agrément au-delà des codes du bâtiment. L'avenir des soins résidentiels exige des bâtiments qui favorisent l'autonomie et une vie active. Certains résidents ont besoin de soins cliniques de très haut niveau en raison de maladies chroniques ou de maladies terminales, mais ces soins ne devraient pas remplacer mais plutôt compléter la promotion de la santé et du bien-être.

Enfin, la discrimination fondée sur l'âge est une caractéristique de notre époque. L'« âgeisme occasionnel » est un des exemples les plus courants et les plus frappants de la discrimination fondée sur l'âge. Cette expression désigne le fait de percevoir de façon généralement négative les personnes âgées et leur position dans la société. L'âgeisme en milieu de travail est une des questions juridiques les plus urgentes à laquelle font face le Canada et de nombreux pays en développement. L'évolution des caractéristiques démographiques de la population et l'augmentation de l'espérance de vie ont un effet sur la composition de notre main-d'œuvre. Ces éléments appellent un examen et la prise de mesures pour lutter contre la discrimination dans ce domaine.

D'autres formes de discrimination fondée sur l'âge, qui se font sentir dans la fourniture de biens et de services ou l'accès aux soins de santé et aux assurances dans ce domaine ne sont bien souvent pas visées par les lois existantes. Le fait que certaines formes de discrimination seulement soient illégales alors que d'autres se poursuivent ne permettra pas d'atteindre l'égalité dans ce domaine.

En outre, certaines dispositions législatives ne visent les pratiques discriminatoires que lorsqu'elles sont exercées dans le secteur public. Il n'est pas possible d'atteindre l'égalité lorsque seules les autorités publiques sont assujetties à des règles interdisant toute discrimination. L'État doit faire interdire la discrimination aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé.

L'énorme intérêt qu'a suscité récemment au Canada et à l'étranger « le droit applicable aux personnes âgées » exige davantage qu'une simple réflexion sur ce sujet. Ce droit reflète ce qui se passe dans nos collectivités. L'augmentation du nombre des personnes ayant de la difficulté à prendre des décisions parce qu'elles sont atteintes de troubles mentaux appelle un examen des politiques et des pratiques en matière de tutorat et de mesures administratives. On peut s'attendre à une augmentation du nombre des cas soumis au tuteur public.

Aging and growing older as a nation is a subject that is sometimes avoided and often is not a priority for governments. We cannot put off changes that we need to make as a society, and we cannot deprive ourselves of opportunities to change the individual experience of aging.

The IFA is committed to working with all parties to further improve the quality of life of older people in this great nation. As secretary general of the IFA, it has been my privilege to bring a critical mind and voice to this interim report and the options before the Senate committee. I acknowledge each member of the Senate committee as dedicated and committed individuals and I thank you for the opportunity to share this perspective.

The Chair: Let us turn to the National Pensioners and Senior Citizens Federation. Ms. Mitchell, please proceed.

Joyce Mitchell, Treasurer, National Pensioners and Senior Citizens Federation: If I appear nervous, I am. It reminds me of the first day of school.

I am Joyce Mitchell from Trenton, Ontario, representing the National Pensioners and Senior Citizens Federation of which I am the treasurer. I will give you a brief history of our organization. In 1939, at Saskatoon, Saskatchewan, there was a lady named Agnes Nurse who had the responsibility of caring for her aging father. After a bit of research, she learned that, at the Empire Hotel, a group of seniors met daily to socialize, play cards and for great fellowship. She made several inquiries and found that she was able to take her father there each day and pick him up each evening.

While doing this, she met a lady named Annie Douglas, later known as Tommy Douglas' mother. These two ladies often discussed the needs of the seniors and came to the conclusion that they should lobby other groups, in particular in their own province, to form senior clubs and groups. This is how the Saskatchewan Senior Association Incorporated was formed. As a matter of interest, the old age pension at that time was \$19 a month. Their idea was to lobby the government for a pension increase and absolutely no means test required in order to qualify.

Before long, they had 32 clubs. These ladies saw a need to expand their interest to other provinces so they canvassed Alberta and British Columbia. From this, the National Pensioners and Senior Citizens Federation was formed in 1954, with Annie Douglas as the president for 20 years — what a dedicated individual and volunteer. Of course, we all know how Canada's excellent health care plan came into being. Do you not think that a mother's influence was partially responsible?

The point I am trying to make is that these ladies started out as volunteers. Our organization still operates strictly on a volunteer basis. The executive is based throughout Canada. For example,

Le vieillissement et le fait que notre pays vieillisse est un sujet que les gouvernements évitent parfois et qui bien souvent n'est pas une priorité pour eux. Il ne faut pas remettre à plus tard les changements que notre société doit adopter et nous ne pouvons pas nous priver des occasions de changer l'expérience individuelle du vieillissement.

La FIV s'est engagée à travailler avec toutes les parties pour améliorer davantage la qualité de vie des personnes âgées de notre grand pays. En tant que secrétaire générale de la FIV, j'ai eu le privilège d'apporter une voix et un esprit critiques à ce rapport provisoire et aux solutions qu'examine le comité sénatorial. Je sais que tous les membres du comité sénatorial sont des personnes dévouées et motivées et je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de vous communiquer ce point de vue.

La présidente : Nous allons maintenant passer à la Fédération nationale des retraités et des citoyens âgés. Madame Mitchell, veuillez commencer.

Joyce Mitchell, trésorière, Fédération nationale des retraités et des citoyens âgés : Si je semble nerveuse, c'est que je le suis. Cela me rappelle ma première journée d'école.

Je m'appelle Joyce Mitchell et je viens de Trenton en Ontario; je représente la Fédération nationale des retraités et des citoyens âgés dont je suis la trésorière. Je vais vous faire un bref historique de notre organisation. En 1939, à Saskatoon en Saskatchewan, il y avait une femme nommée Agnes Nurse qui prenait soin de son vieux père. Après s'être renseignée, elle a appris qu'à l'Empire Hotel un groupe de personnes âgées se réunissaient tous les jours pour socialiser, jouer aux cartes et échanger dans une ambiance amicale. Elle s'est renseignée davantage et a appris qu'elle pouvait y amener son père tous les jours et le reprendre le soir.

Ce faisant, elle a rencontré une femme appelée Annie Douglas, qui a été connue par la suite comme étant la mère de Tommy Douglas. Ces deux femmes parlaient souvent entre elles des besoins des personnes âgées et en arrivèrent à la conclusion qu'elles devaient faire du lobbying auprès d'autres organisations, en particulier dans leur propre province, pour former des groupes et des clubs de personnes âgées. C'est ainsi qu'a été constituée la Saskatchewan Senior Association Incorporated. Je signale pour votre information que la pension de vieillesse s'élevait à cette époque à 19 \$ par mois. Le projet était d'exercer des pressions sur le gouvernement pour qu'il augmente cette pension, et qu'il ne soit pas tenu compte des ressources personnelles pour y avoir droit.

Peu de temps après, il y avait 32 clubs. Ces femmes ont jugé nécessaire de s'intéresser à ce qui se faisait dans les autres provinces et elles ont fait enquête en Alberta et en Colombie-Britannique. Ces efforts ont débouché sur la création de la National Pensioners and Senior Citizens Federation en 1954, dont Annie Douglas a été la présidente pendant 20 ans — quelle personne dévouée et quelle bénévole. Bien sûr, nous savons tous comment a été mis sur pied l'excellent régime de soins de santé du Canada. Ne pensez-vous pas que ce régime a en partie vu le jour à cause de l'influence d'une mère?

Je tiens à souligner que ces femmes étaient au départ des bénévoles. Notre organisation est toujours exclusivement fondée sur le bénévolat. Les membres de notre exécutif viennent de toutes

our president lives in Little Britain; our first vice-president in Surrey, British Columbia; our second vice-president in Prince Albert; our third vice-president in Brooklin, Ontario; our secretary in Saskatoon, Saskatchewan; and I am the treasurer. In previous years, we always had one or more representatives from the Maritime provinces. I am looking at a familiar face that came and spoke to us in Truro, Nova Scotia, and we thank you for that. Geographically, area is not a criterion for being on our executive. Each year we hold a convention. This year it will be in Surrey, British Columbia, where resolutions will be discussed and voted on. Those that meet the approval of our delegates are put into a brief which, in the early part of the new year, is presented to different members of Parliament with a copy forwarded to each senator for their perusal.

After reviewing the second interim report of the committee and noting all the witnesses that have presented to date, I feel honoured and humbled to be here today because I am just a senior giving the views of just a senior. You write early on about seniors having a healthy, active living lifestyle. On page 11, item 9, you have first-hand knowledge of the program. I have first-hand knowledge of this program because I and eight other volunteers from different seniors' organizations in Ontario make up a panel that evaluates the Ontario proposals submitted that have met the criteria as set out by the government. This program is important. Many agencies, for example the VON, submitted at the first funding an exercise program they called S.M.A.R.T. This was a series of exercises designed for all seniors regardless of their limitations. This was a superior-run program in my home area, and continued each year even though they were funded only for the start-up year.

This is possibly an area where financial assistance could be given to continue on with any of these programs that have proven to be so successful. On the negative side, there were many small seniors' groups who needed small amounts of funding simply to pay rent to a municipality or church for the use of a hall once a month for their meeting, but they were denied that funding. We found this discouraging, especially in rural areas, where they need these meetings for communication and for reaching out to others. I feel they should have been allowed this and where isolation should have been addressed. As we all know, this program has been expanded into capital funding. As today's teenagers would say, awesome.

On page 18 in chapter 3 of your report, you write about older workers, retirement and income security. As a panel member of the seniors advisory committee for old age security at Health Canada, I realize all the hard work that both committee members and staff do to make this more supportive, flexible

les régions du Canada. Par exemple, notre président vit à Little Britain; notre premier vice-président réside à Surrey, en Colombie-Britannique; notre second vice-président à Prince Albert; notre troisième vice-président à Brooklin, en Ontario; notre secrétaire à Saskatoon en Saskatchewan; et je suis la trésorière. Ces dernières années, nous avons toujours eu au moins un représentant des provinces maritimes. Je vois un visage familier qui est venu nous parler à Truro en Nouvelle-Écosse et nous vous en remercions. Il n'est pas nécessaire de résider dans une région géographique déterminée pour être membre de notre exécutif. Nous tenons tous les ans un congrès. Cette année, il se tiendra à Surrey, en Colombie-Britannique; nous présentons et adoptons après discussion des résolutions. Celles qui sont approuvées par nos délégués sont présentées sous forme de mémoire que nous remettons, au début de la nouvelle année, à différents députés et nous en envoyons une copie à tous les sénateurs.

Après avoir examiné le deuxième rapport provisoire du comité et pris note de tous les témoins qui avaient été entendus jusqu'à aujourd'hui, je me suis sentie honorée d'être ici aujourd'hui parce que je suis simplement une personne âgée qui vous donne le point de vue d'une personne âgée. Vous mentionniez au début du rapport que les personnes âgées devraient avoir un mode de vie sain et actif. À la page 11, point 9, vous montrez que vous connaissez très bien le programme. Je le connais également très bien parce que huit autres bénévoles représentant différents groupes de personnes âgées en Ontario et moi formons un comité chargé d'évaluer les propositions soumises en Ontario qui répondent aux critères établis par le gouvernement. C'est un programme important. De nombreux organismes, par exemple le VON, ont présenté à la première assemblée de financement un programme d'exercices qu'ils appelaient S.M.A.R.T. Ce programme comportait une série d'exercices que pouvaient faire toutes les personnes âgées quelles que soient leurs limitations. C'est un programme qui a été extrêmement bien administré dans ma région d'origine et qui s'est poursuivi tous les ans même s'il n'avait reçu de financement que pour la première année.

C'est peut-être un secteur où il serait souhaitable d'accorder une aide financière stable aux programmes qui donnent de bons résultats. Du côté négatif, il y a eu plusieurs petits groupes de personnes âgées qui avaient besoin d'un financement modeste pour tout simplement louer des locaux à une municipalité ou à une église et les utiliser une fois par mois pour leur réunion mais ce financement leur a été refusé. Nous avons trouvé cela décourageant, en particulier dans les zones rurales, où ces réunions favorisent la communication et les liens entre ces personnes, une nécessité. J'estime qu'on aurait dû leur accorder ce financement et tenir compte du fait qu'il s'agissait de personnes isolées. Comme nous le savons tous, ce programme a obtenu un financement pour immobilisations. Comme diraient les adolescents d'aujourd'hui, génial.

À la page 20 du chapitre 3 de votre rapport, vous parlez des travailleurs âgés, de retraite et de sécurité du revenu. En tant que membre d'un sous-comité du comité consultatif des personnes âgées pour la sécurité de la vieillesse de Santé Canada, je sais tout le travail qu'ont dû effectuer les membres du comité et

and financially productive. They have come a long way, in particular since the advent of their call centre and the work of the outreach officers. I saw this in the Western provinces when they presented at each of our conventions. The outreach officers work so hard to try to get the information out. There were many TV advertisements but one that I really enjoyed, as I hope you did when you were watching the Brier, was the one about the curler. At times, we seniors just need a small little kick and not a two-page article.

On page 28, your report talks about fall prevention. It still amazes me that it took so long for the Ontario government to approve payment for the new drug Lucentis that was prescribed for some candidates with macular degeneration. It was not until March 25, 2008 that agreement was made to cover this drug. Prior to that date, it cost \$1,800 per injection. As a senior affected with this disease, I know first-hand that this is true. After the news release, the doctors involved were given a list of criteria to be met by the patients. It is my understanding that, because of the outcry from seniors and the CNIB, these restrictions have been lifted. One restriction to qualifying was being diagnosed prior to January 1, 2008; another was having had laser treatment.

As you all are aware, failing eyesight would surely put a person at higher risk of falls and possibly hospitalization. It is important that we work towards health care in particular for eyesight.

It was with great joy that I heard that the National Seniors Council was crossing Canada to hold meetings with different seniors' groups to hear their views and ideas. It seems to be one of the positive steps that the government has taken to date — to hear from the average senior and the grassroots seniors' clubs, as well as professionals, institutions and researchers studying ageism. We have wonderful reports back from small clubs saying how much they appreciated being considered and listened to.

On page 32, section 4.5 talks about hospice, palliative and end-of-life care. I would like to take this one step further. Why does the government tax the death benefit given to the surviving spouse, if qualified? The television and news articles tell us that up to \$2,500 may be received, but no one tells you that it is a taxable benefit. I feel strongly that we should not pay tax on this benefit and, if it is to be, then advertise it as such. Do not tell people that they may receive up to \$2,500 without adding that it is a taxable benefit.

On page 39, section 5.2 is about home support and health care. I found this section interesting, but I did not read anywhere that there was a possibility of an adult daycare centre as in child care

leur personnel pour rendre ces mesures plus souples, plus généreuses et plus rentables. Ils ont beaucoup fait, en particulier avec la mise sur pied de leur centre d'appel et le travail des agents de liaison. C'est ce que j'ai constaté dans les provinces de l'Ouest, où ils sont venus faire des conférences à chacun de nos congrès. Les agents de liaison font un travail considérable pour transmettre l'information. Ils ont fait beaucoup d'annonces à la télévision mais celle qui m'a vraiment plu, et j'espère qu'elle vous a également plu si vous avez regardé Brier, c'était celle qui montrait le curlleur. Il y a des fois où les personnes âgées ont tout simplement besoin d'un petit coup de pouce et pas d'un article de deux pages.

À la page 32, vous parlez de la prévention des chutes. J'ai toujours du mal à comprendre que le gouvernement ontarien ait pris autant de temps à approuver le remboursement du nouveau médicament Lucentis qui était prescrit à certaines personnes atteintes de dégénérescence maculaire. Ce n'est que le 25 mars 2008 qu'une entente a été conclue pour couvrir ce médicament. Avant cette date, ce médicament coûtait 1 800 \$ par piqûre. Étant donné que je suis une personne âgée qui souffre de cette maladie, je sais très bien que c'est la vérité. Après le communiqué, les médecins concernés ont reçu une liste de critères que devaient respecter les patients. Je crois savoir que ces conditions ont été supprimées à cause des réactions qu'ont eues les personnes âgées et l'INCA. Une des conditions à remplir pour avoir droit à ce médicament était que la maladie devait avoir été diagnostiquée avant le 1^{er} janvier 2008, une autre était le fait d'avoir subi un traitement au laser.

Comme vous le comprenez tous, une mauvaise vue augmente les risques de chute et d'hospitalisation. Il est important d'avoir accès à des soins de santé, en particulier pour la vue.

C'est avec une grande joie que j'ai appris que le Conseil national des personnes âgées allait se rendre dans les différentes régions du Canada pour tenir des réunions avec différents groupes de personnes âgées et entendre leurs points de vue et leurs idées. Cela semble être une des mesures positives qu'a prise le gouvernement jusqu'ici — entendre les personnes âgées et les clubs de personnes âgées, en plus des professionnels, des institutions et des chercheurs qui étudient l'âgeisme. Nous avons reçu d'excellents commentaires de la part des petits clubs de personnes âgées qui disent combien ils avaient apprécié le fait qu'on les ait invités et écoutés.

À la page 37, la section 4.5 traite de soins palliatifs et de fin de vie. J'aimerais aller un peu plus loin. Pourquoi le gouvernement impose-t-il la prestation de décès accordée au conjoint survivant, s'il y a droit? La télévision et les articles de journaux nous disent que l'on peut obtenir jusqu'à 2 500 \$, mais personne ne nous dit que c'est une prestation imposable. J'estime que nous ne devrions absolument pas avoir à payer de l'impôt sur cette prestation et que si c'est le cas, alors il faudrait le faire savoir. Ne dites pas aux gens qu'ils peuvent recevoir jusqu'à 2 500 \$ sans préciser que c'est une prestation imposable.

À la page 47, la section 5.2 traite de soutien et de soins à domicile. J'ai trouvé que cette section était intéressante mais je n'ai lu nulle part qu'il existait des centres de soins de jour pour

centres that are now funded. I think adult daycare centres should be considered for funding. There is a great need, even going back to 1939 when Agnes Nurse had to search for a safe place to leave her father during the day. Many working people today are searching for some place where they can leave their aging parents or the people they are responsible for, but there is nothing out there.

In summary, I give you my personal thanks and appreciation for your well-prepared report. It reflects a great deal of study and research and, most of all, that the average, everyday seniors' needs have been considered.

I thank you for your patience and time, and for your invitation to present on behalf of the National Pensioners and Senior Citizens Federation.

The Chair: Thank you. You need not to have been nervous.

From the National Seniors Council, the overarching body, if I may put it that way — Mr. Soulière.

[Translation]

Jean-Guy Soulière, Chair, National Seniors Council: Madam Chair, thank you for inviting me here today. I am glad to have an opportunity to talk with the committee before it wraps up its consultations and begins writing its final report. On June 4, 2007 — almost one year ago today — I appeared before you, and what a busy year it has been for the committee and for the National Seniors Council.

[English]

When I was preparing for this presentation, I had a chance to reflect on the National Seniors Council's first year. At our inaugural meeting in May 2007, the Secretary of State for Seniors, the Honourable Senator Marjory LeBreton, asked the NSC to examine two initial priorities — elder abuse and low income among seniors. The committee's options pertaining to elder abuse and retirement income security were of particular interest to me.

Let me start with what we discussed in terms of elder abuse.

[Translation]

In the fall of 2007, the NSC hosted five regional meetings on elder abuse across Canada. It submitted its report on elder abuse to the federal government in November 2007. Our report identified six key areas for action.

adultes comme il y a des garderies pour enfants qui sont financées à l'heure actuelle par les gouvernements. Je pense qu'il conviendrait d'envisager de financer les centres de soins de jour pour adultes. Il existe à l'heure actuelle un besoin important dans ce domaine, même si l'on remonte à 1939, à l'époque où Agnes Nurse cherchait un endroit où elle pouvait laisser son père en sécurité pendant la journée. Il y a beaucoup de gens qui travaillent à l'heure actuelle et qui aimeraient pouvoir laisser leurs vieux parents ou les personnes dont ils sont responsables dans un endroit sûr mais il n'existe rien dans ce domaine.

Pour résumer, je vous remercie personnellement d'avoir préparé un très bon rapport. Il montre que vous avez étudié cette question de façon approfondie et fait beaucoup de recherche mais surtout, que vous avez tenu compte des besoins concrets et quotidiens des personnes âgées.

Je vous remercie pour votre patience et votre temps et pour votre invitation à présenter le point de vue de la Fédération nationale des retraités et des citoyens âgés.

La présidente : Merci. Vous n'auriez pas dû être aussi nerveuse.

Nous allons entendre M. Soulière, du Conseil national des aînés, l'organisme chapeauteur, si je peux m'exprimer ainsi.

[Français]

Jean-Guy Soulière, président, Conseil national des aînés : Madame la présidente, je souhaite vous remercier pour votre invitation à me joindre à vous aujourd'hui. C'est un plaisir de pouvoir discuter avec les membres du comité avant qu'ils ne mettent fin à leurs consultations et commencent à rédiger leur rapport final. Voilà un an que j'ai comparu devant vous, le 4 juin 2007. Depuis, les membres du comité du Conseil national des aînés ont été très occupés.

[Traduction]

Pendant que je préparais cet exposé, j'ai été amené à réfléchir à la première année du Conseil national des aînés. Lors de notre assemblée inaugurale de mai 2007, le secrétaire d'État aux aînés, l'honorable sénateur Marjory LeBreton, a demandé au CNA de commencer par étudier deux sujets prioritaires — la maltraitance des aînés et les personnes âgées à faible revenu. Les options qu'a formulées le comité au sujet de la maltraitance des aînés et de la sécurité du revenu de retraite m'ont particulièrement intéressé.

Je vais commencer, si vous le voulez bien, par parler de la maltraitance des aînés.

[Français]

À l'automne 2007, le Conseil national des aînés a organisé cinq rencontres sur le thème des mauvais traitements à l'égard des aînés, rencontres qui se sont tenues dans diverses régions du Canada. Le Conseil national des aînés a également présenté au gouvernement fédéral son rapport sur les mauvais traitements à l'égard des aînés en novembre 2007. Le rapport faisait état de six mesures à prendre.

[English]

Allow me to summarize the six measures included in the report: As a first step in addressing elder abuse, increase awareness of elder abuse in all its forms among the general public, professionals, service providers and seniors themselves through a national awareness campaign; enable the transfer of knowledge and dissemination of information among those involved in the field of elder abuse in Canada; improve education and training and standards for professionals and personal support workers who provide care and services directly to seniors; enhance the research and knowledge based on elder abuse as part of a comprehensive plan to ensure that actions and responses to elder abuse are based on accurate and up-to-date information and data; support, through financial and human resources, the efforts taking place at the community level to combat elder abuse, including building capacity within voluntary sector organizations working in the area of elder abuse; and examine federal legislative and legal frameworks to better understand how they may be utilized and applied to cases of elder abuse.

I am certain all committee members have read our report. I will not give you a test afterwards. It coincides with much of what you heard across the country on this subject.

[Translation]

Elder abuse is a national problem that requires a national response. The NSC is of the view that the federal government is well positioned to work with partners, including provincial and territorial governments, to assess needs across key sectors, identify existing gaps and take proactive measures.

[English]

Further, the National Seniors Council is pleased that some of the advice in our report contributed to the \$13 million commitment to help seniors and others recognize the signs and symptoms of elder abuse, as announced in the federal budget of 2008.

The National Seniors Council's advice aligns well with some of the views expressed by the committee, particularly as it relates to the sharing of best practices and training materials for front-line workers. The work of the committee is also helpful in raising awareness on this issue. Awareness is critical.

[Traduction]

Permettez-moi de résumer les six mesures mentionnées dans le rapport : comme premier pas dans la lutte contre les mauvais traitements infligés aux personnes âgées, il faudrait sensibiliser la population en général, les professionnels, les fournisseurs de services et les personnes âgées elles-mêmes à toutes les formes des mauvais traitements des personnes âgées en lançant une campagne nationale de sensibilisation, procéder à un transfert de connaissances et à la diffusion d'information aux personnes concernées par les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées au Canada, améliorer l'éducation, la formation et les normes de travail des professionnels et du personnel de soutien qui offrent des soins et des services directement aux personnes âgées, renforcer la recherche et la base de connaissances relatives aux mauvais traitements à l'égard des aînés dans le cadre d'un plan global visant à faire en sorte que les actions et les réponses apportées à ce problème soient fondées sur des renseignements et des données exactes et à jour, appuyer, en y consacrant des ressources financières et humaines, les efforts déployés par les collectivités pour lutter contre les mauvais traitements à l'égard des aînés, y compris le renforcement des capacités des organisations du secteur bénévole qui travaillent dans ce domaine, examiner le cadre législatif et juridique fédéral de façon à mieux comprendre comment il peut être utilisé et appliqué aux cas de mauvais traitements à l'égard des personnes âgées.

Je suis certain que tous les membres du comité ont lu notre rapport. Je ne vous ferai pas passer un examen tout à l'heure. Cela recoupe la plupart des choses que vous avez entendues à ce sujet dans les différentes régions du pays.

[Français]

Les mauvais traitements à l'égard des aînés sont un problème d'envergure nationale. Il est donc essentiel que toutes les régions du pays s'unissent pour y remédier. Selon les membres du Conseil national des aînés, le gouvernement fédéral est en mesure de travailler en collaboration avec ses partenaires, notamment les gouvernements provinciaux et territoriaux, dans le but d'évaluer les besoins des principaux secteurs, de cerner les lacunes à corriger et de prendre des mesures préventives.

[Traduction]

Le Conseil national des aînés est également heureux de constater que certains conseils présentés dans notre rapport ont contribué à ce que le gouvernement prévoit dans son budget fédéral de 2008 un engagement de 13 millions de dollars destiné à aider les personnes âgées et notamment à reconnaître les signes et les symptômes des mauvais traitements à l'égard des personnes âgées.

Les conseils du Conseil national des aînés sont tout à fait conformes à certaines opinions exprimées par le comité, en particulier en ce qui concerne la diffusion des bonnes pratiques et de matériel de formation aux travailleurs de première ligne. Les travaux du comité ont également pour effet de sensibiliser davantage la population à cette question. Cette sensibilisation est un aspect essentiel.

[Translation]

In regards to the NSC's low-income seniors priority, the NSC is getting ready to prepare and submit its report to the minister later this year.

Between February and May of 2008, the NSC traveled across the country holding Roundtables on Seniors' Well-Being. In fact, on May 25, 2008, the NSC completed its 11th roundtable, which brought the total number of participants to 100.

[English]

The NSC invited representatives from seniors' organizations and service providers to hear their views about the experiences and challenges facing low-income seniors; program and service delivery issues such as potential barriers to accessing information and benefits; and the important issues for seniors in their communities. The NSC has not yet had the opportunity to undertake a thorough review of the round table discussions or analyze them in relation to some of the specific options in your second interim report. However, I am pleased to share with you a general overview of what we heard at the round tables.

Overall, seniors in Canada are doing well. They are healthy, financially secure and enjoying active retirements. The low-income rate among seniors in Canada has declined significantly from 21.3 per cent in 1980 to 5.4 per cent in 2006. This is based on Statistics Canada's after-tax low-income cut-offs. However, pockets of vulnerability remain, particularly among senior women, persons over 85, those who have worked less than 10 years, recent immigrants, Aboriginal peoples and unattached seniors.

[Translation]

Although many of the issues linked with seniors' well-being are under provincial/territorial jurisdiction, participants emphasized that all levels of government must cooperate and coordinate efforts around issues of importance to seniors. Despite some regional differences, the discussions and issues raised were remarkably similar across the country.

Let me outline six specific issues that were repeatedly identified by roundtable participants.

[English]

Participants at the round tables voiced their opinions about the adequacy of income during retirement for seniors living on low and fixed incomes, especially in light of greater longevity

[Français]

Maintenant, les personnes âgées à faible revenu sont l'autre priorité du Conseil national des aînés. Les membres du conseil travaillent actuellement à la préparation d'un rapport à ce sujet et ils le présenteront au ministre plus tard cette année.

Entre les mois de février et mai de cette année, les membres du conseil se sont rendus dans différentes régions du pays et ont organisé des tables rondes sur le mieux-être des aînés. Le 25 mai, cette année, après la tenue de la onzième table ronde, 100 personnes avaient participé à l'une ou l'autre des rencontres.

[Traduction]

Le CNA a invité des représentants de groupements de personnes âgées et des fournisseurs de services pour entendre leurs points de vue au sujet des expériences vécues par les personnes âgées ayant un faible revenu et des défis auxquels elles font face, au sujet des questions de mise en œuvre de programmes et de prestations de services, notamment les obstacles potentiels à l'accès à l'information et aux prestations, et au sujet des questions importantes pour les personnes âgées dans leurs collectivités. Le CNA n'a pas encore eu le temps de procéder à un examen approfondi des discussions qui ont lieu pendant cette table ronde ni de les analyser par rapport aux options précises que vous présentez dans votre second rapport provisoire. Je suis toutefois heureux de pouvoir vous présenter un aperçu général de ce qui s'est dit dans ces tables rondes.

Dans l'ensemble, la situation des personnes âgées au Canada est bonne. Elles sont en bonne santé, jouissent d'une bonne sécurité financière et vivent une retraite active. Le pourcentage des personnes âgées à faible revenu au Canada a diminué de façon significative, passant de 21,3 p. 100 en 1980 à 5,4 p. 100 en 2006. Ces chiffres sont fondés sur les seuils de faible revenu après impôt de Statistique Canada. Il demeure toutefois des catégories vulnérables, en particulier les femmes âgées, les personnes de plus de 85 ans, celles qui ont travaillé moins de dix ans, les immigrants récents, les peuples autochtones et les personnes âgées qui vivent seules.

[Français]

En dépit du fait que de nombreuses questions relatives au mieux-être des aînés relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux, les participants ont souligné que tous les ordres de gouvernement doivent collaborer et coordonner leurs efforts pour traiter les enjeux d'importance pour les aînés. Malgré quelques différences entre les régions, on a constaté que les discussions et les enjeux soulevés étaient semblables d'une région à l'autre.

Voici six questions qui ont été soulevées fréquemment par les participants.

[Traduction]

Les participants aux tables rondes ont fait connaître leurs opinions sur le caractère suffisant du revenu que reçoivent pendant leur retraite les personnes âgées qui ont des revenus

and increases in living costs. Increases in housing costs, food and fuel were of particular concern.

Round table participants were not experts on Canada's retirement income system and did not discuss public and private pensions and savings vehicles in great detail. While they would like to see incomes of low-income seniors increased, few specific means to do so were identified or discussed at length during our round table discussions.

In terms of preventing low income during retirement and old age, participants talked about the importance of financial literacy and pre-retirement planning.

[Translation]

Health and access to health-related services and supplies is fundamental to the quality of life for seniors. Health-related issues came up at every roundtable, in particular the prohibitive cost and lack of formal care services and supplementary health benefits — particularly dental and eye care. During our roundtables, we repeatedly heard about the need for healthy and active aging options.

Specifically we heard about the need for removing barriers to accessing programs and services that will help seniors in this regard.

[English]

The issue of social isolation came up at every round table. Low income limits the ability of seniors to actively participate in leisure activities and engage in their communities.

Participants talked about the limited availability of public transportation options and associated costs, particularly in rural areas, and how a lack of transportation may place seniors at risk of social isolation.

Social isolation among seniors may contribute to myths and stereotypes about aging and old age, and intergenerational contact is important to help dispel them. The lack of social relationships is a risk factor for the development of health problems, whether mental or physical.

Round table participants told the National Seniors Council what the committee members already know — seniors prefer to, and should be able to, age in place either in their own homes or at least in their own communities. The council heard about housing-related challenges facing seniors in all of its round tables. The cost of housing — increasing rents

faibles et fixes, en particulier compte tenu de l'accroissement de la longévité et de l'augmentation du coût de la vie. Les augmentations qui ont touché le coût du logement, la nourriture, le chauffage, ont été particulièrement mentionnées.

Les participants aux tables rondes n'étaient pas des spécialistes du système canadien des revenus de retraite et n'ont pas parlé de façon très détaillée des régimes de pension public et privé, ni des mécanismes d'épargne. Ils aimeraient bien sûr que soient augmentés les revenus que touchent les personnes âgées à faible revenu mais les moyens susceptibles de le faire n'ont pas donné lieu à des discussions approfondies au cours de notre table ronde.

Pour ce qui est d'éviter les revenus de retraite et de vieillesse insuffisants, les participants ont parlé de l'importance de l'éducation financière et de la planification de la retraite.

[Français]

Une bonne santé et un accès aux services de la santé sont des éléments essentiels au maintien de la qualité de vie des aînés. Des questions liées à la santé ont été soulevées par les participants de chaque table ronde. Ces questions portaient notamment sur les coûts très élevés des services de santé, sur le manque de service de soins formels et sur le manque de prestations supplémentaires pour les soins médicaux, particulièrement pour les soins de la vue et les soins dentaires. Pendant les tables rondes, les participants nous ont répété maintes fois qu'il serait essentiel de mettre au point des mesures qui permettraient aux aînés des vieillir en santé et en étant actifs.

Selon eux, il serait également nécessaire d'éliminer les obstacles qui empêchent les aînés d'avoir accès aux programmes et aux services dont ils ont besoin.

[Traduction]

La question de l'isolement social a été soulevée à toutes les tables rondes. Un revenu faible limite la capacité des personnes âgées de participer activement à des activités communautaires et de loisirs.

Les participants ont parlé de l'insuffisance des services de transport public et des coûts associés, en particulier dans les régions rurales, et du fait que l'absence de moyens de transport risquait d'isoler les aînés.

L'isolement social des personnes âgées alimente en partie les mythes et les stéréotypes au sujet du vieillissement et de la vieillesse et les contacts intergénérationnels jouent un rôle important pour dissiper ces notions. L'absence de relations sociales est un facteur de risque pour ce qui est des problèmes de santé, qu'ils soient de nature mentale ou physique.

Les participants à la table ronde ont mentionné au Conseil national des aînés ce que les membres du comité savent déjà — les personnes âgées préfèrent vieillir chez elles, soit dans leur propre logement ou du moins dans leurs propres collectivités, et devraient pouvoir le faire. Dans toutes les tables rondes, les difficultés auxquelles font face les personnes âgées pour ce qui

and property taxes, utilities, and the cost of maintaining and adapting a home — are making it difficult to age in place and comfort.

The reality of families as caregivers will only increase in importance. This issue also came up repeatedly — specifically, the need for respite and some kind of support to enable family members to provide care to seniors while also maintaining their own health and well-being.

[Translation]

The NSC also heard how volunteers across Canada are helping seniors to live better lives. Canadians have a long tradition of helping individuals, communities and causes.

Yet this sense of responsibility for the well-being of fellow citizens and for the quality of life in our society needs to be continually nurtured. It is important to recognize the crucial role played by volunteers and the need to attract and retain baby boomers as volunteers, not only for their own benefit, but also to help seniors-serving organizations that operate with minimal staff and financial resources.

Promotion and public awareness are important to ensure the growth and to rekindle the spirit of volunteerism, particularly at the community level.

[English]

The sixth issue I would like to raise today that was discussed during the National Seniors Council's round tables was whether seniors are sufficiently aware of programs and services. Participants believe the federal government is working hard to ensure that seniors are aware of the information they need to know about programs and services. However, they believe that efforts to increase awareness and access information can be improved. There is also a need to communicate more effectively with seniors. Participants support having information available in multimedia formats but the message was loud and clear that seniors continue to prefer human contact, whether in person or on the telephone.

[Translation]

Again, thank you for the opportunity to appear today. These dialogues and deliberations are critically important to seniors' quality of life. I would like to reiterate that during the National Seniors Council's Roundtables on Seniors' Well-Being,

est du logement ont été mentionnées au conseil. Le coût du logement — l'augmentation des loyers et des taxes foncières, des services publics et le coût d'entretien et de modification d'un logement — constitue un obstacle pour les personnes âgées qui veulent vieillir chez elles et confortablement.

De plus en plus, les membres de la famille vont s'occuper des personnes âgées. Cette question a été soulevée régulièrement — en particulier, la nécessité des services de relève et de soutien pour que les membres de la famille puissent prendre soin des personnes âgées, tout en préservant leur propre santé et leur bien-être.

[Français]

Les participants aux tables rondes ont également parlé de la façon dont les bénévoles de partout au Canada viennent en aide aux aînés pour améliorer leur qualité de vie. C'est connu, les Canadiens s'entraident, jouent un rôle actif au sein de leur collectivité et appuient diverses causes.

Il faut cependant continuer d'encourager les citoyens à veiller au bien-être des membres de leur collectivité et à continuer à prendre des mesures pour améliorer leur qualité de vie. Il est important de souligner le rôle primordial que jouent les bénévoles et d'encourager les membres de la génération du baby-boom à devenir bénévole. Ces derniers doivent savoir qu'en plus de tirer certains bienfaits de cette activité, ils pourraient venir en aide à des organisations qui offrent des services aux personnes âgées et qui exercent leurs activités au moyen de peu de ressources humaines et financières.

La promotion du bénévolat et la sensibilisation de la population sont des éléments essentiels pour que de plus en plus de gens deviennent bénévoles, particulièrement au sein de leur collectivité, et que l'esprit d'entraide de la population soit ranimé.

[Traduction]

La sixième question que j'aimerais aborder aujourd'hui et qui a été traitée au cours des tables rondes organisées par le Conseil national des aînés est la question de savoir si les personnes âgées sont suffisamment informées des programmes et des services existants. Les participants estiment que le gouvernement fédéral déploie beaucoup d'efforts pour veiller à ce que les personnes âgées possèdent les renseignements dont elles ont besoin pour être au courant des programmes et des services. Ils pensent toutefois qu'il serait possible d'améliorer les efforts déployés pour sensibiliser ces personnes et leur donner accès à l'information. Il y aurait également lieu de mieux communiquer avec les personnes âgées. Les participants sont favorables à la communication de l'information sous des formats multimédias mais il a été très clairement précisé que les personnes âgées préfèrent encore les contacts humains, que ce soit en personne ou par téléphone.

[Français]

Encore une fois, je vous remercie de votre invitation à me joindre à vous aujourd'hui. Les dialogues que nous entretenons dans le but d'améliorer la qualité de vie des aînés sont essentiels. J'aimerais vous rappeler que, dans le cadre des tables rondes du

we heard many of the same issues and concerns that the committee has.

[English]

Good luck as you write your final report. I look forward to reading it and making comments when you get it done.

I have one other comment — and I think you noted it on a number of occasions in your report — about the enormous commitment, knowledge and engagement that the volunteers and the people involved with seniors' organizations demonstrate across the country. It was an eye-opener for all of the council members and certainly something we all want to see continue and, hopefully, develop programs to make it happen.

I will be happy to take questions later.

The Chair: Thank you all for such a wonderful summary of what we have heard over the last couple of years of our engagement with experts, interested parties and citizens across the country.

Mr. Soulière, we ended on Thursday at a visit to Hospice Victoria. They mentioned that they had the equivalent of 70,000 hours of volunteer service. I think they had put a dollar value on it of some multimillions, which was more than they were able to raise in any given year for their programming. That clearly indicated that they could not do what they do for the citizens of Victoria in providing hospice palliative care at the end of their lives if it was not for this huge resource of volunteers. Your final comment struck an interesting note in that it was a repetition of what we heard on Thursday.

I will turn now to Senator Mercer, followed by Senator Cordy.

Senator Mercer: I will pick up where the chair left off, namely, talking about volunteers. Ms. Barratt, Mr. Soulière and Ms. Mitchell all mentioned volunteers. These last few years, everywhere we have gone, people have talked about volunteers. There have been several suggestions before this committee and others that we need a special committee or a subcommittee not only to examine volunteerism in Canada so that we can truly assess the value and encourage people to be involved in it but also, as several of you mentioned, how we can properly recognize volunteerism.

I have spent my entire adult life working for volunteer organizations. I have a great respect for the volunteer. Do you think there is a necessity for us, when we finish this report, to have someone sit down and do exactly that — namely, examine volunteerism in Canada to ensure that we are encouraging the next generation to be good volunteers; that we are recognizing

Conseil national des aînés sur le mieux-être des aînés, de nombreuses questions et préoccupations semblables à celles dont traite votre comité ont été soulevées.

[Traduction]

Je vous souhaite bonne chance pour la rédaction de votre rapport final. J'ai hâte d'en prendre connaissance et de faire des commentaires lorsque vous l'aurez terminé.

J'aimerais faire une dernière observation — et je pense que vous l'avez mentionné à plusieurs reprises dans votre rapport — au sujet de l'énorme travail qu'accomplissent les bénévoles et les personnes qui travaillent pour les organismes de personnes âgées dans toutes les régions du pays. Tous les membres du conseil ont été surpris par l'ampleur de ce travail et c'est bien sûr quelque chose que nous souhaitons voir se poursuivre et, espérons-le, s'étendre à l'aide de programmes dans ce domaine.

Je serais heureux de répondre à vos questions plus tard.

La présidente : Je vous remercie tous d'avoir aussi bien résumé ce que nous avons entendu depuis quelques années de la part des experts, des parties intéressées et des citoyens des différentes régions du Canada.

Monsieur Soulière, nous avons terminé la journée de jeudi en visitant l'Hospice Victoria. Les responsables nous ont mentionné qu'ils recevaient l'équivalent de 70 000 heures de services bénévoles. Je crois qu'ils avaient évalué ces services à plusieurs millions de dollars, une somme bien supérieure à ce qu'ils avaient réussi à recueillir annuellement pour leurs programmes. Cela montrait clairement qu'il n'aurait pas pu offrir aux citoyens de Victoria des services palliatifs sans l'apport considérable que représente le travail des bénévoles. Votre commentaire final a touché un point intéressant qui reprenait ce que nous avons entendu jeudi.

Je vais maintenant donner la parole au sénateur Mercer, et ensuite, au sénateur Cordy.

Le sénateur Mercer : Je vais reprendre là où la présidente s'est arrêtée, à savoir, la question des bénévoles. Mme Barratt, M. Soulière et Mme Mitchell ont tous parlé des bénévoles. Ces dernières années, les gens ont parlé des bénévoles dans tous les lieux où nous avons été. Il a été suggéré à plusieurs reprises au comité et à d'autres instances de créer un comité spécial ou un sous-comité qui serait non seulement chargé d'examiner le bénévolat au Canada dans le but de bien évaluer la valeur de ces services et d'inciter la population à y contribuer mais également, comme plusieurs d'entre vous l'ont mentionné, de trouver les moyens de montrer aux bénévoles combien nous leur sommes reconnaissants.

J'ai consacré toute ma vie d'adulte à travailler pour des organismes bénévoles. J'ai beaucoup de respect pour les bénévoles. Pensez-vous que nous devrions, lorsque nous aurons terminé ce rapport, demander à quelqu'un de se consacrer à cette tâche — à savoir, étudier le bénévolat au Canada pour inciter la génération suivante à faire du bénévolat, montrer notre

the people who are volunteering now; and that we are identifying, if we need to recognize them in a greater way, what that way might be?

Mr. Soulière: This is more personal than as chair of the National Seniors Council. I, too, have volunteered in many organizations and continue to do so. For the first time a couple of years ago, we started to hear about the term "volunteer burnout" in the sense that too few were being asked too much. Something must be done. This is scaring people from becoming volunteers.

In your report, you mentioned that baby boomers are looking for something different when they volunteer. They want some specific things to do, they do not want to overcommit, and they want to deal with subjects of interest to them.

As to whether or not we need to have a study on volunteerism, the volunteer organizations will tell you that there has been enough study. What is required is action. I think the focus should be how we can assist volunteer organizations to do what they want to do. With regard to some of the round tables dealing with trying to reach seniors who are not accessing their benefits, the seniors' organizations know where those seniors are. Give us assistance so that we can do the job of reaching out to them. This is one of the areas we will be looking at in terms of potential recommendations.

Ms. Mitchell: At a recent seniors' meeting, a lady of 93 years asked me that question about volunteering. She said that most of us have to file an income tax return regardless of age, even 16- and 17-year-olds are filing. They are given volunteer time through the schools.

Could we not have one space on our income tax form that says, "How many volunteer hours have you given this year?" When you read reports of how many volunteer hours are given, where do you get that from? You get it from Statistics Canada, but where do they get it from? Our own church group was never asked for volunteer hours. Our own seniors' group of 800-some members was never asked to submit how many hours our volunteers give. This lady wanted to know if it was possible to have one area where she puts her name, address and how many volunteer hours she gives because she does a lot of hospice care. I know it does not sound like much, but at 93 years of age, it means a lot just to sit with people and hold their hands.

This was the suggestion of how to record volunteer hours. The other side of that is children in high school having to volunteer X number of hours a year. Rather than trying to run computer

reconnaissance aux personnes qui en font à l'heure actuelle et trouver les façons de le faire, si nous voulons montrer notre reconnaissance de façon plus officielle?

M. Soulière : C'est une question qui m'interpelle davantage personnellement que comme président du Conseil national des aînés. J'ai moi aussi fait du bénévolat dans de nombreuses organisations et je continue à en faire. Nous avons commencé à entendre, pour la première fois il y a quelques années, l'expression « burnout des bénévoles » dans le sens où ils sont trop peu nombreux pour faire tout ce qu'on leur demande. Il faut donc faire quelque chose. Cela inquiète les gens qui veulent faire du bénévolat.

Vous mentionnez dans votre rapport que les baby-boomers cherchent quelque chose de spécial lorsqu'ils font du bénévolat. Ils veulent faire des choses précises, ils ne veulent pas s'engager à faire trop de choses et ils veulent s'occuper de sujets qui les intéressent.

Sur la question de savoir s'il faudrait faire une étude sur le bénévolat, les organismes bénévoles vous diront qu'il existe déjà suffisamment d'études. Ce qu'il faut, c'est agir. Je pense qu'il faudrait plutôt trouver les moyens d'aider les organismes bénévoles à faire ce qu'ils veulent faire. Certaines tables rondes ont abordé la question des personnes âgées qui ne reçoivent pas leurs prestations et des efforts à déployer pour les rejoindre mais les groupements de personnes âgées savent comment retrouver ces personnes. Aidez-nous et nous les rejoindrons. C'est un des domaines dans lequel il serait souhaitable de formuler des recommandations.

Mme Mitchell : Au cours d'une réunion récente de personnes âgées, une femme de 93 ans m'a posé cette question au sujet du bénévolat. Elle m'a dit que la plupart d'entre nous devaient produire une déclaration d'impôt sur le revenu quel que soit notre âge, puisqu'il y a même des jeunes de 16 et 17 ans qui en produisent une. Ces jeunes accomplissent du travail bénévole par l'entremise de leurs écoles.

Ne pourrions-nous pas avoir une case dans notre formulaire d'impôt sur le revenu qui mentionne : « Combien d'heures de travail bénévole avez-vous effectuées cette année? » Lorsque vous lisez des rapports au sujet du nombre des heures de travail effectuées bénévolement, savez-vous d'où viennent les chiffres? Ils viennent de Statistique Canada mais comment cet organisme les obtient-il? On n'a jamais demandé à notre groupe religieux combien d'heures de travail bénévole avaient été effectuées. Nos propres groupes de personnes âgées qui comptent près de 800 membres n'ont jamais été invités à déclarer le nombre des heures données par nos bénévoles. Cette femme voulait savoir s'il ne serait pas possible d'avoir une case où elle pourrait inscrire son nom, son adresse, et le nombre d'heures de travail bénévole qu'elle effectue parce qu'elle s'occupe beaucoup de soins palliatifs. Je sais que cela n'a pas l'air de grand-chose mais à 93 ans, c'est très important pour elle d'être une présence pour ces personnes et de leur tenir la main.

C'était là la suggestion sur la façon d'enregistrer le travail bénévole. L'autre aspect est qu'il y a des élèves du secondaire qui sont obligés de faire du bénévolat pendant X nombre d'heures par

programs in school, when not all of us have transportation to get there, why could those children not be assigned to come into the senior's home and help them with a computer program a couple of hours a day, if only to learn how to go to a website to read something or how to use email so they can talk to their grandchildren. Going to the school has not really worked. It is confusing. There are a lot of people in the room, a lot of students, and some seniors feel challenged because they do not even know how to turn the computer on. They wanted to know if students could be sent into their homes.

Senator Mercer: We saw a similar program at the 411 Seniors Centre in Vancouver last week where they identified that big classes did not work in big centres. This was a small group where they had no more than six seniors at any one time, and it was easier for them.

Ms. Mitchell: Most teenagers have access to a vehicle, more so than seniors.

Ms. Barratt: I have a slightly different perspective. If a subcommittee, a ministerial-appointed committee, makes a difference to the formal recognition of volunteers in this country, then I would say yes. What we have here is a nation of volunteers — volunteers who could potentially be part of an intergenerational program, part of the promotion and awareness of abuse and neglect, and part of healthy aging.

There are many programs across the country where volunteers commit hours and time; however, the landscape of volunteers across Canada is not well recognized. The value of a volunteer, in terms of time and energy, is only one part but I see volunteers as part of the vehicle for change in some of the issues being addressed by this committee.

One other interesting point — you may have heard of the time bank. This is an important initiative about seniors being able to ask for assistance because they have banked volunteer hours. Many seniors will not ask for help in various areas of their lives because they do not feel worthy or they feel unhappy about taking something they do not deserve.

The answer is yes, if a subcommittee raises it to a different level.

Senator Mercer: Mr. Soulière, towards the end of your presentation you said that senior Canadians are doing well, are financially secure and are generally healthy. Then you went on to give the exceptions to that rule: unattached seniors, Aboriginal seniors, new immigrants, the 80-plus — the majority of these groups being women.

an. Au lieu d'essayer d'offrir des programmes d'informatique à l'école, alors que nous n'avons pas tous les moyens de nous y rendre, pourquoi ne pas demander à ces enfants d'aller chez les personnes âgées et de les aider pendant quelques heures à utiliser leur ordinateur, ne serait-ce qu'en leur apprenant comment se rendre sur un site web pour lire quelque chose ou utiliser le courrier électronique pour que ces personnes puissent parler à leurs petits-enfants. Les cours offerts dans les écoles n'ont pas donné de bons résultats. C'est compliqué. Il y a beaucoup de gens dans la salle, beaucoup d'étudiants et il y a des personnes âgées qui se sentent mal à l'aise parce qu'elles ne savent même pas comment démarrer un ordinateur. Elles voulaient savoir si ces étudiants pouvaient plutôt aller chez elles.

Le sénateur Mercer : Nous avons vu un programme de ce genre au 411 Seniors Centre de Vancouver la semaine dernière et il a été mentionné que les classes nombreuses ne fonctionnaient pas dans les grands centres. C'était un petit groupe auquel participaient pas plus de six personnes âgées à la fois et cela leur facilitait la tâche.

Mme Mitchell : La plupart des adolescents ont accès à un véhicule, plus que les aînés.

Mme Barratt : J'ai un point de vue légèrement différent. Si un sous-comité, un comité nommé par le ministre, pouvait faciliter la reconnaissance officielle du travail des bénévoles au Canada, alors je dirais oui. Nous sommes un pays de bénévoles — des bénévoles qui pourraient participer à un programme intergénérationnel, axé en partie sur la sensibilisation aux mauvais traitements et à la négligence et en partie sur le vieillissement en santé.

Il existe au Canada de nombreux programmes auxquels les bénévoles consacrent leur temps, mais d'une façon générale, le bénévolat n'est pas vraiment reconnu dans notre pays. La valeur du travail bénévole, en termes de temps et d'énergie, ne constitue qu'un aspect mais je considère que les bénévoles représentent un outil de changement pour certaines des questions qu'a abordées le comité.

Il y a un autre aspect intéressant — vous avez peut-être entendu parler des banques d'heures. C'est une initiative importante qui permet aux personnes âgées de demander de l'aide lorsqu'elles ont accumulé des heures de bénévolat. La plupart des personnes âgées hésitent à demander de l'aide dans différents domaines de leur vie parce qu'elles pensent qu'elles ne le méritent pas ou qu'elles prendraient quelque chose à laquelle elles n'ont pas droit.

La réponse est oui, si un sous-comité est en mesure d'aller beaucoup plus loin.

Le sénateur Mercer : Monsieur Soulière, vous avez dit vers la fin de votre exposé qu'au Canada, les personnes âgées se débrouillaient bien, qu'elles jouissaient d'une bonne sécurité financière et étaient en général en bonne santé. Vous avez ensuite énuméré des exceptions à cette règle : les personnes âgées seules, les personnes âgées autochtones, les nouveaux immigrants, les plus de 80 ans — des groupes dont la majorité sont des femmes.

There are few people who then fit into the category that you described as doing well in terms of being financially secure and healthy. You are right about the groups you mentioned, but the evidence we have heard is that there are still large numbers of Canadians who are not doing well, who are not financially secure because financial assistance programs have not kept up with the need, and who are not healthy. They are healthier than they were in the past, but they are still not as healthy as they could be.

I would like to hear your comment on that. You said they are doing well. While we have heard about some instances where that is the case, generally speaking, we have heard about problems. The problems are within those groups that you mentioned but also within other groups. White men and native-born Canadians with their partners are in the group that seem to be doing well, but we have not found that to be the case across the board.

The Chair: If I could add to that, Senator Mercer. We heard from a couple of physicians in Sherbrooke, Quebec, who made the point that it is a myth that seniors will continue to live longer and longer and will be healthier and healthier. He pointed out, for example, the obesity and diabetes studies that say we might have peaked in terms of having seniors who are relatively healthy and well off, and we might start going the other way.

Mr. Soulière: I cannot comment on that. They might be right, and that is something we did not discuss. We certainly have a generation of young children who are too heavy, which is a problem, but that is not something the council looked at.

When you attend these round tables, you tend to focus on matters that are wrong, not matters that are right. Our mandate was to look at vulnerable seniors. Many of the people at the round tables ended the meeting by saying: Listen, we talked about what was wrong with seniors but I am a healthy senior. I personally am living well. I have sufficient income to have a balanced life and I am all right.

The point we were making is that, although we were focusing on vulnerable seniors, not all seniors are vulnerable. If you attend these round tables, you get the wrong impression that there is a major problem because you are asking questions that deal with vulnerable seniors. There is a problem but the majority of seniors — and the statistics will show this — are aging in security and with dignity. Still, as a Canadian society, we must deal with those people who are vulnerable. In the low-income situations, these people happen to be unattached women.

Il y a peu de gens qui font partie de la catégorie que vous avez décrite comme jouissant de la sécurité financière et d'une bonne santé. Vous avez raison au sujet des groupes que vous avez mentionnés mais d'après les témoignages que nous avons entendus, il y a encore un grand nombre de Canadiens dont la situation n'est pas bonne, qui ne jouissent pas d'une sécurité financière parce que les programmes d'aide financière n'ont pas suivi les besoins et qui ne sont pas en bonne santé. Ils sont en meilleure santé qu'auparavant mais ils ne sont pas en aussi bonne santé qu'ils pourraient l'être.

J'aimerais avoir vos commentaires sur ce point. Vous dites que la situation des personnes âgées est bonne. Nous avons certes entendu des témoins qui nous l'ont également dit mais d'une façon générale, nous avons entendu parler des problèmes. Les groupes que vous avez mentionnés connaissent certains problèmes mais il y en a d'autres. Les Canadiens de race blanche et nés au Canada qui vivent avec un conjoint est le groupe dont la situation est la meilleure mais ce n'est pas le cas de toutes les personnes âgées.

La présidente : Permettez-moi de compléter votre remarque, sénateur Mercer. Nous avons entendu quelques médecins à Sherbrooke, au Québec, qui ont fait remarquer que l'idée que les personnes âgées vont vivre de plus en plus longtemps et en bonne santé n'est qu'un mythe. Il a fait remarquer que, par exemple, les études sur l'obésité et le diabète indiquent que nous avons peut-être atteint un sommet pour ce qui est d'avoir des personnes âgées en bonne santé relative et en bonne santé financière et que nous allons peut-être commencer à descendre la pente.

M. Soulière : Je ne peux pas faire de commentaire sur ce point. Ils ont peut-être raison mais ce n'est pas un aspect dont nous avons parlé. Nous avons effectivement une génération de jeunes enfants qui sont trop gros, ce qui est un problème, mais ce n'est pas un aspect que le conseil a examiné.

Au cours de ces tables rondes, on parle surtout de ce qui va mal, et non pas de ce qui va bien. Notre mandat consistait à étudier la situation des personnes âgées vulnérables. La plupart des participants à ces tables rondes disaient à la fin de la réunion : écoutez, nous avons parlé de ce qui allait mal chez les personnes âgées mais je suis une personne âgée en bonne santé. Personnellement, je vis très bien. J'ai suffisamment de revenus pour mener une vie équilibrée et je suis bien.

Nous voulions faire remarquer que, si nous avons examiné les personnes âgées vulnérables, cela ne veut pas dire que toutes les personnes âgées sont vulnérables. Si vous assistez à ces tables rondes, vous risquez de penser à tort qu'il existe un problème grave parce que l'on pose des questions au sujet des aînés vulnérables. Il y a effectivement un problème mais la majorité des personnes âgées — et les statistiques le montrent — vieillissent en sécurité et avec dignité. Évidemment, la société canadienne doit s'occuper des personnes vulnérables. Dans la catégorie des personnes à faible revenu, il se trouve que ces personnes sont des femmes seules.

Senator Mercer: We have certainly seen the discrepancy in our travels. During our visit to Manitoba last week, we saw probably one of the starkest discrepancies. We went to a centre in Ste. Anne and saw some quality care. Then we went to a reserve north of Winnipeg where we saw quality care again, but there was no equity in the delivery of service. The people are doing a great job there; it was just the facilities that were not great.

The Chair: Ms. Barratt, did you want to add something to that?

Ms. Barratt: Just a general comment, senator. I do not get the same sense of well-being that my colleague does. I am concerned about the inequities that I observe across our nation. I have an understanding that there are inequities in access to, and uptake of, medications and access to health care services. I think that one of the roles of the Senate in finalizing this report is to ensure that we recognize that some proportion of seniors in this country are doing well financially and socially, but there are some silent voices in every round table and consultation process. There are silent voices because some of us are too busy trying to survive to get to round tables and consultation processes.

There needs to be a balance in the message that the report makes.

Some are doing well, and let us address those inequities that we have observed and know from the literature and the evidence.

Senator Cordy: I cannot help talking about the inequities that I saw travelling across the country. When you do it in a one-week period, one day you see a facility for seniors that has state-of-the-art technology and excellent care by the caregivers, and the next day you go to an Aboriginal community where the caregivers are wonderful and making less money than those nurses who worked off-reserve a short distance away, which really struck me, but the physical building the seniors were in blew me away. I could not help thinking about the discrepancies that we have in our country of Canada. It saddened me a great deal.

That was not my question but I could not help commenting on it.

Ms. Mitchell, you talked about drugs and access to drugs that seniors have. We also heard that there are discrepancies from province to province as to what drugs are available for their populations, and I am wondering whether we should have a national drug formulary so that whatever is available in my province of Nova Scotia is also available in Ontario or Quebec or Saskatchewan or wherever you happen to be.

Le sénateur Mercer : Nous avons constaté de grandes différences dans nos déplacements. C'est peut-être au cours de la visite que nous avons faite au Manitoba la semaine dernière, que nous avons vu les différences les plus grandes. Nous nous sommes rendus dans un centre à Sainte-Anne et avons vu qu'on y donnait des soins de qualité. Nous sommes ensuite allés dans une réserve au nord de Winnipeg où nous avons vu encore une fois des soins de qualité mais il n'y avait pas d'égalité dans la prestation des services. Les gens font de l'excellent travail là-bas; ce sont les locaux qui étaient insuffisants.

La présidente : Madame Barratt, vouliez-vous ajouter quelque chose?

Mme Barratt : Une observation générale, sénateur. À la différence de mon collègue, je n'ai pas l'impression que la situation des personnes âgées est satisfaisante. Les inégalités que j'ai constatées me préoccupent. Je sais qu'il existe des inégalités en matière d'accès aux médicaments et aux services de santé. Je pense que dans son rapport final, le Sénat devrait mentionner qu'il y a effectivement un certain pourcentage de personnes âgées dont la situation financière et sociale est bonne mais qu'il existe des voix silencieuses dans ce processus des tables rondes et de consultation. Il y a des voix silencieuses parce que certaines personnes sont trop occupées à survivre pour pouvoir participer à ces tables rondes et aux consultations.

Il faut que le message du rapport soit équilibré.

Certains s'en tirent bien mais il faut lutter contre les inégalités que nous avons constatées et qui ressortent de la recherche et des données scientifiques.

Le sénateur Cordy : Je ne peux m'empêcher de parler des inégalités que j'ai vues dans les différentes régions où nous nous sommes rendus. Lorsque vous faites une visite d'une semaine, vous voyez un jour un établissement pour personnes âgées où les soignants fournissent des soins excellents et utilisent une technologie de pointe et le lendemain, vous vous retrouvez dans une collectivité autochtone où les soignants sont excellents et gagnent moins d'argent que les infirmières qui travaillent en dehors de la réserve à quelques kilomètres de là, ce qui m'a vraiment frappé, mais les locaux dans lesquels vivaient les personnes âgées étaient dans un état lamentable. Je ne peux m'empêcher de penser aux écarts qui existent encore dans un pays comme le Canada. Cela m'a beaucoup attristée.

Ce n'était pas la question que je voulais poser, mais je n'ai pas pu m'empêcher d'aborder cet aspect.

Madame Mitchell, vous avez parlé de médicaments et d'accès aux médicaments pour les personnes âgées. Nous avons également entendu qu'il existait des écarts d'une province à l'autre, pour ce qui est des médicaments auxquels la population a accès et je me demandais si nous ne devrions pas avoir un formulaire national de médicaments pour que ceux qui sont offerts dans la province de la Nouvelle-Écosse le soient également en Ontario, au Québec, en Saskatchewan ou dans les autres provinces.

Ms. Mitchell: I certainly agree with you. I lived for 13 years in Inuvik in the Northwest Territories and retired from there. If you want to see a difference in health care alone, live there. I am not just talking about the native people.

I will give an example. To have our eyes examined, the University of Alberta had a contract and they came in, I believe, about every three months and examined our eyes. They brought an optometrist who brought his colleague in that had glasses, and you had to choose from those glasses, but you could not try them on afterwards because they mailed them back to you.

Once when they sent me back my glasses, I tried to walk down the hall in the hospital after picking them up and could not see. Four times they went back. Now, I know it does not sound like much, but every time you have to mail your glasses back, and they send you another pair, and you mail them back — you do not think about it until you come back and are living in Ontario, and have your choice of where to get glasses. The government eyeglasses for some people were free so there was limited choice as to what we could get. We could buy the frames he brought that were the cheapest kind, worth \$9.50 I believe, and you know what you pay for a pair of glasses. The native people are so limited. It is not just through language or travel. They are just limited, and people are going out to care for them. To get their drugs, maybe they can go to the pharmacist at the hospital and get them for free, if the doctor diagnosed them and gave them a prescription, but they had to get to that town first and get to the doctor. Most of them just had nursing stations.

I will agree. Whatever we have in one province, we are all Canadians and we should be treated the same but we are not.

On another line, with respect to seniors and diabetes and obesity, I worry more about the generation coming behind me — namely, my children's generation that are being burned out in their jobs. They will have more mental anguish than we ever thought possible. You listen to them talking about how much time in the workplace is lost through counselling — through drug abuse, alcohol counselling and mental health counselling. Watch for those seniors coming behind us. They will have many more medical problems than we ever had.

Senator Cordy: You have raised another good point.

Mr. Soulière, you talked about those suffering from low incomes, women over 65 and immigrants. We heard a lot about that in British Columbia last week. One thing they raised was that, if you are bringing over parents, then for 10 years you are responsible for sponsoring your parents. It was felt that this created great hardships for the parents because, if you are 21, 10 years might not be a long time but if you are 65, 10 years is a long time.

Mme Mitchell : Je suis tout à fait d'accord avec vous. J'ai vécu pendant 13 ans à Inuvik, dans les Territoires du Nord-Ouest et c'est là que j'ai pris ma retraite. Si vous voulez voir des différences sur le seul plan des soins de santé, allez vivre là-bas. Je ne parle pas uniquement des Autochtones.

Je vais vous donner un exemple. Pour les examens des yeux, l'Université de l'Alberta avait un contrat et il y avait des ophtalmologues qui venaient, je crois, tous les trois mois examiner nos yeux. Ils étaient accompagnés d'un optométriste avec un collègue qui avait des lunettes et il fallait choisir ses lunettes parmi celles qu'il apportait mais il n'était pas possible de les essayer par la suite, après qu'il vous les avait renvoyées par la poste.

Ils m'ont renvoyé mes lunettes, et j'ai essayé de marcher dans le couloir de l'hôpital après les avoir obtenues mais je n'y voyais rien. J'ai dû les renvoyer quatre fois. Je sais que ce n'est peut-être pas grand-chose mais chaque fois, vous devez envoyer vos lunettes par la poste, on vous envoie une autre paire et vous la renvoyez — vous pensez que c'est normal mais une fois que vous vivez en Ontario, vous pouvez choisir où vous procurer vos lunettes. Pour certaines personnes, les lunettes étaient gratuites mais le choix était limité. Nous pouvions acheter les montures qu'il apportait avec lui, et qui étaient les moins coûteuses, elles valaient, je crois, 9,50 \$, mais vous savez combien coûte une paire de lunettes. Les Autochtones sont tellement limités. Et ce n'est pas simplement à cause de la langue ou des distances. Ils sont limités et les gens doivent aller leur donner des soins. Pour obtenir leurs médicaments, ils peuvent les obtenir gratuitement auprès du pharmacien de l'hôpital si le médecin leur a donné une ordonnance mais il faut d'abord qu'ils se rendent dans cette ville et voient le médecin. La plupart d'entre eux ont uniquement accès à des dispensaires.

Je suis d'accord avec vous. Si l'on peut obtenir quelque chose d'une province, nous sommes tous des Canadiens et nous devrions être traités de la même façon mais ce n'est pas le cas.

Sur un autre aspect, au sujet des personnes âgées, du diabète et de l'obésité, je m'inquiète davantage de la génération qui nous suit — c'est-à-dire, la génération de mes enfants qui connaissent l'épuisement professionnel. Ils vont souffrir de troubles psychologiques beaucoup plus graves que nous pouvons l'imaginer. Il suffit de les écouter parler du temps qu'ils perdent à leur travail parce qu'ils suivent des séances de counselling — du counselling pour la toxicomanie et la santé mentale. Attention à la prochaine génération de personnes âgées. Elles vont avoir beaucoup plus de problèmes médicaux que nous en avons eus.

Le sénateur Cordy : Vous avez soulevé un autre point intéressant.

Monsieur Soulière, vous avez parlé de ceux qui n'avaient que de faibles revenus, les femmes de plus de 65 ans et les immigrants. On nous a beaucoup parlé de ces personnes en Colombie-Britannique la semaine dernière. Des témoins nous ont dit que s'ils faisaient venir leurs parents, alors ils devaient les parrainer pendant dix ans. Ils pensaient que cela causait de graves difficultés aux parents parce que lorsque vous avez 21 ans, dix ans n'est pas très long, mais si vous avez 65 ans, dix ans, c'est beaucoup.

The time period for spousal sponsorships has been reduced to three years. It was felt that family sponsorship of parents should be for two years because, while a person is being sponsored for the 10 years, they are not eligible for programs we have in our government, which leaves them open to poverty. We also heard about the fact that some of the seniors are working at hard manual labour on farms because they have no access to any money and are totally dependent on their children.

There are two problems here. Parents do not necessarily like to be dependent on their children and, second, the financial resources of the children may not be such that they can support their own family that is, perhaps, growing and their parents. Did you look at all at a reduction of the period of time from ten years to three years when you were looking at those most vulnerable financially?

Mr. Soulière: We are at the stage of looking at areas of recommendation so we have not made any yet. We will be preparing recommendations and our report is expected sometime in the fall.

Let me comment on the fact that, when we were having the round tables on low income, we did not specifically talk about immigrants. It was raised on a couple of occasions but what you heard, we heard once or twice; however, it was not the main theme across the country. Of the participants that we had, nobody made specific recommendations along the lines you are recommending.

We do have on council a person from Vancouver who is an immigrant from Korea. He is sensitive to the issue, and when we talk about areas of recommendation, we will certainly have input as to the plight of immigrants. However, to say that we specifically dealt with it, that is not the case.

Senator Cordy: Will you be looking at immigrants? The number of immigrants coming into Canada is increasing so much that we cannot plan any national program without looking at the needs of those who are new to our country.

Mr. Soulière: I will take it under advisement. It was not our focus, and I cannot comment more than that on it. Certainly, since you heard that, I will take a note and see what we can do.

Senator Cordy: I would like to talk now about the issue of abuse and neglect because we heard over and over again about physical and financial abuse. We also heard that sexual abuse is much more rampant than we would like to think. However, because it involves seniors, they are reluctant, just as women — I say “women,” and I know men can also be sexually abused — who were sexually abused were often afraid to disclose because they feared that it was their fault. Now this generation of seniors is reluctant.

La durée du parrainage matrimonial a été ramenée à trois ans. Ils pensaient que le parrainage familial des parents devrait être d'une durée de deux ans parce que si la personne est parrainée pendant dix ans, elle n'a pas droit aux programmes du gouvernement, ce qui risque de les placer dans une situation financière difficile. Nous avons entendu parler du fait qu'il y avait des personnes âgées qui faisaient de durs travaux manuels dans des fermes parce qu'elles n'avaient pas de revenu et étaient totalement à la charge de leurs enfants.

Cela pose deux problèmes. Tous les parents n'aiment pas être à la charge de leurs enfants et deuxièmement, la situation financière des enfants n'est pas toujours suffisante pour qu'ils puissent subvenir aux besoins de leur propre famille, qui s'accroît peut-être, ainsi qu'aux besoins de leurs parents. Avez-vous envisagé de ramener cette période de dix à trois ans lorsque vous avez examiné la situation des personnes particulièrement vulnérables sur le plan financier?

M. Soulière : Nous en sommes à l'étape de la formulation des recommandations de sorte que nous n'en avons pas encore formulées. Nous allons préparer des recommandations et notre rapport devrait normalement être rendu public à l'automne.

Je voudrais mentionner le fait que, lorsque nous avons tenu des tables rondes sur les personnes âgées à faibles revenus, nous n'avons pas abordé le cas particulier des immigrants. Cet aspect a été soulevé à quelques reprises mais ce que vous avez entendu, nous l'avons entendu une fois ou deux; ce n'était toutefois pas un des grands thèmes communs aux différentes régions. Aucun des participants à ces tables rondes n'a présenté de recommandations précises semblables à celles que vous recommandez.

Il y a un membre du conseil qui vient de Vancouver et qui a immigré de la Corée. Il est sensible à cette question et lorsque nous allons parler des différentes recommandations, nous allons certainement obtenir ses commentaires au sujet de la situation difficile des immigrants. Je ne pourrais pas toutefois dire que nous avons directement abordé cette question.

Le sénateur Cordy : Allez-vous examiner la situation des immigrants? Il y a de plus en plus d'immigrants qui arrivent au Canada de sorte que nous ne pouvons pas élaborer un programme national sans tenir compte des besoins de ceux qui sont nouvellement arrivés au pays.

M. Soulière : Je vais en prendre note. Ce n'était pas notre thème principal et je ne peux pas vous en dire davantage à ce sujet. Mais puisque vous avez entendu des remarques de ce genre, je vais en prendre note et voir ce que nous pouvons faire.

Le sénateur Cordy : J'aimerais parler maintenant de la question des mauvais traitements et de la négligence parce qu'on nous a constamment parlé des mauvais traitements physiques et financiers. On nous a également dit que les agressions sexuelles étaient beaucoup plus courantes que nous le pensons. Mais parce qu'il s'agit de personnes âgées, ces personnes hésitent à en parler, tout comme les femmes — je dis « les femmes », et je sais qu'il est également possible d'agresser sexuellement les hommes — qui ont été agressées sexuellement ont souvent peur d'en parler parce qu'elles craignent que cela soit de leur faute. La génération actuelle des personnes âgées hésite à en parler.

A few of you on the panel talked about more training, that it is a public health issue and that it is a growing trend.

One of the things we heard suggested was that there be whistle-blower legislation for seniors so that those who are in seniors' homes, particularly, can be a bit freer to disclose that they are being abused without any ramifications to them. Have any of you heard anything along that line?

Mr. Soulière: It certainly was raised when we did the round tables on elder abuse. The round table participants on elder abuse tended to be experts in the field of abuse.

You are right that people are not reporting it and we were given examples of why. Much of the abuse is perpetrated by a family member, and people are afraid to report them. In our round table discussions, we also heard about projects ongoing across the country to make people more aware of elder abuse, and our report focuses on some of those.

The government is spending \$13 million to make people more aware, and awareness is a key element. People do not know that elder abuse exists, and do not know how to report it. The RCMP and certain municipal police that participated in our round table discussions highlighted examples of how society can be more aware of and report elder abuse.

Yes, we heard much the same things as you did.

Senator Cordy: Is the \$13 million going to be used strictly for dealing with abuse of seniors?

Mr. Soulière: It will deal with elder abuse, yes.

Ms. Barratt: I will comment on your previous questions before responding to this.

With regard to the national drug formulary, it is absolutely essential that there is equity.

I resonate with your concerns about immigrants. There is a whole body of search and research going on about people growing older in a foreign land. In Toronto in 2017, there could be around 3 million people in visible minority groups. Much attention needs to be paid to our aging-in-a-foreign-land cohort because we live in such a multicultural society.

In response to your questions on abuse, legislation is only one part of the solution. In my response to the Senate committee, I talked about training of care workers and the lack of care

Quelques-uns d'entre vous ont parlé de la nécessité de mieux former les soignants, que c'était une question de santé publique et une tendance croissante.

Une des choses qui nous a été suggérée est d'adopter une loi qui protège les dénonciateurs, qui serait applicable aux personnes âgées de sorte que ceux qui vivent dans des foyers pour personnes âgées, en particulier, se sentiraient un peu plus libres de signaler qu'ils ont été agressés sans craindre de subir des représailles. Est-ce que certains d'entre vous ont entendu des choses de ce genre?

M. Soulière : C'est une question qui a été soulevée lorsque nous avons tenu des tables rondes sur le mauvais traitement des aînés. Les participants à la table ronde sur le mauvais traitement des aînés étaient en général des experts dans le domaine des mauvais traitements.

Vous avez raison de dire que les personnes âgées ne signalent pas ces cas-là et on nous a donné des exemples des raisons pour lesquelles elles ne le font pas. La plupart de ces mauvais traitements sont commis par des membres de la famille et les gens ont peur de les rapporter. Au cours de nos discussions en table ronde, nous avons entendu parler de projets en cours dans différentes régions du pays qui visaient à sensibiliser les gens aux mauvais traitements dont faisaient l'objet les personnes âgées; notre rapport mentionne certains de ces projets.

Le gouvernement dépense 13 millions de dollars pour sensibiliser la population et cette sensibilisation est un élément clé. Les gens ne savent pas que l'on maltraite les personnes âgées et ils ne savent pas comment signaler ces cas. La GRC et certains services de police municipaux qui ont participé à nos discussions en table ronde ont donné des exemples de la façon de sensibiliser la population et de signaler les cas de mauvais traitements infligés aux personnes âgées.

Oui, nous avons entendu à peu près les mêmes choses que vous avez entendues.

Le sénateur Cordy : Est-ce que cette somme de 13 millions de dollars va être uniquement utilisée pour lutter contre les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées?

M. Soulière : Ce sera pour lutter contre le mauvais traitement des personnes âgées, oui.

Mme Barratt : Je vais faire un commentaire sur vos questions précédentes avant de répondre à celle-ci.

Pour ce qui est du formulaire national des médicaments, il est absolument essentiel d'atteindre l'égalité dans ce domaine.

Je me fais l'écho de vos préoccupations au sujet des immigrants. Il existe toute une série d'études, dont certaines sont en cours, au sujet des personnes qui vieillissent dans un pays étranger. À Toronto, en 2017, il pourrait y avoir 3 millions de personnes, membres des minorités visibles. Il faudra suivre de près la question des personnes qui vieillissent dans un pays étranger parce que notre société est vraiment très multiculturelle.

Pour répondre à vos questions au sujet des mauvais traitements, les mesures législatives ne représentent qu'une partie de la solution. Dans ma réponse au comité sénatorial, j'ai

workers in facilities. It is one of the symptoms of this issue. Lack of trained care workers, lack of health professionals, or lack of education of health professionals can give rise to abuse events.

In Australia in 2006, for example, there was identification of sexual abuse in nursing homes that received federal attention, and action was taken within three months. It may be useful for the Senate committee to look at those mechanisms. All staff now requires police clearance. There was a massive national education program of care providers. That comes back to a national framework of standards for home care providers. That is a worthy consideration because abuse in facilities is about health professionals and care workers as well.

A systematic policy program was put in place within three months of this occurring. I would be pleased to get the information on that for the Senate committee, if that would be of use.

Whistle-blower legislation is a possibility. For seniors to make it known is unlikely at best, and almost an impossibility. We have to tackle this problem in a different set of ways.

The Chair: Mr. Soulière, you might want to broaden your inquiry to couples who want to bring their parents over and make the 10-year commitment but then have health issues, marital breakdown or a couple more children, and their situation is greatly changed from when they made the commitment. You might want to consider that aspect.

Senator Stratton: Unfortunately, I did not have the good fortune of travelling with the committee due to the current state of the union here with regard to numbers.

You said that, in 1980, 21.3 per cent of seniors were in poverty and currently 5.4 per cent are. When I was a kid delivering groceries in the west end of Winnipeg, I occasionally delivered to an old World War I veteran who lived in a third-floor garret. I do not see evidence of situations like that any more. I believe there are seniors in poverty, particularly single women who were never married, and that area needs to be addressed.

However, from watching what is transpiring, I believe that seniors are a pretty vibrant lot today. As my son said to me, I am much younger at 70 than my parents were. Although my children have a much higher stress level than I had, I believe their lifestyles are much healthier than mine was. As I have said before, I am paying the price now but, fortunately, drugs keep that in check.

parlé de la formation des soignants et de la pénurie de soignants dans certains établissements. C'est un des symptômes de ce problème. L'absence de soignants compétents, la pénurie de professionnels de la santé ou un manque de formation chez les professionnels de la santé peuvent donner naissance à des cas de maltraitance.

En Australie, en 2006, par exemple, on a constaté qu'il y avait des agressions sexuelles dans des foyers de soins infirmiers, cas qui ont été portés à l'attention du gouvernement fédéral; des mesures ont été prises dans les trois mois. Il serait peut-être bon que le comité sénatorial examine ces mécanismes. Tous les membres du personnel doivent maintenant obtenir un certificat de police. On a lancé un programme national massif d'éducation pour les soignants. Il en est résulté un cadre national de normes pour les fournisseurs de soins à domicile. C'est un aspect qui mérite d'être examiné parce que les mauvais traitements commis dans les établissements sont aussi le fait des professionnels de la santé et des soignants.

On a mis en place un programme systématique d'élaboration des politiques dans les trois mois de ces événements. Je serais heureuse de fournir cette information au comité sénatorial, si elle peut lui être utile.

Une loi protégeant les dénonciateurs est une autre possibilité. Il est peu probable que des personnes âgées signalent ces cas-là et c'est pratiquement une impossibilité. Nous devons aborder ce problème d'une autre manière.

La présidente : Monsieur Soulière, je vous invite à élargir votre enquête pour englober les couples qui veulent faire venir leurs parents et prendre cet engagement d'une durée de dix ans mais qui connaissent ensuite des problèmes de santé, un échec du mariage ou d'autres enfants, ce qui modifie grandement la situation par rapport à ce qu'elle était lorsqu'ils ont pris leur engagement. Vous pourriez peut-être examiner cet aspect.

Le sénateur Stratton : Malheureusement, je n'ai pas eu le plaisir de voyager avec le comité à cause de la situation que vous connaissez, la question du nombre des membres du comité.

Vous avez dit qu'en 1980, 21,3 p. 100 des personnes âgées vivaient dans la pauvreté et qu'à l'heure actuelle, ce pourcentage est de 5,4 p. 100. Je livrais à domicile des sacs d'épicerie dans le secteur ouest de Winnipeg quand j'étais jeune et il m'arrivait de les livrer à un ancien combattant de la Première Guerre mondiale qui vivait dans une mansarde du troisième étage. Je ne pense pas qu'il y ait encore des gens qui vivent de cette façon. Je crois qu'il y a des personnes âgées qui vivent dans la pauvreté, en particulier des femmes célibataires qui n'ont jamais été mariées, et c'est un domaine qu'il convient d'étudier.

Par contre, si je regarde ce qui se passe, je dirais que les personnes âgées sont plutôt dynamiques de nos jours. Comme mon fils me l'a dit, je suis beaucoup plus jeune à 70 ans que mes parents l'étaient. Mes enfants sont beaucoup plus stressés que je l'étais à leur âge mais je dirais qu'ils ont un mode de vie qui est beaucoup plus sain que l'était le mien. Comme je l'ai déjà dit, j'en paie le prix maintenant mais heureusement, il y a des médicaments qui me gardent en bonne santé.

I want to focus on age discrimination. I do not see it, and perhaps it is because of the world I live in. What do you mean by age discrimination? I accept that it exists in travel insurance and licensing of automobiles. Are there other areas in which age discrimination comes into play? Is there excessive forced retirement?

Ms. Barratt: I will give you a couple of broad examples. If an 85-year-old was brought into a hospital emergency room at two o'clock in the morning and a surgeon was asked to operate, age would be considered in the triage process.

I give that example because a nine- or ten-country study on triage in emergency situations suggested that health professional decision-makers need to make judgments from time to time and that age figures in that decision-making.

In terms of accessing health care services — there being no right or wrong — the system may have to make some judgments about age. In that case, seniors may not get the prize. Discrimination occurs in the access in uptake in health care services as well as in employment.

We know there is legislation around employment practices, but we need to be careful about discriminating practices in terms of employment because we want and need people of a mature age to remain in our workforce, because it actually supports our labour market. There are two examples.

If we look in the newspaper for stories about seniors, we do not want to see good-news stories all the time, but we generally only hear about seniors when there is an issue, an unproductive, unworthy member of a community, just as youths of 15 or 20 years of age have that same sense of profile.

It is a process where we need to engage media, as well as decision-makers and the corporate sector. I do not believe that we engage the corporate sector in terms of being a vehicle of social change when it comes to age discrimination.

Senator Stratton: I believe you about the health care system. I know people in the health care system must make choices, some of which are particularly unpleasant.

With respect to universal access to drugs, in other words one drug program for the entire country, I have found it easy to say yes because it is easy to say that, but then you have to deal with each province and territory in negotiation. Of course, if it was possible to have one, we would have been on our way. I put that as a cautionary note as to problems

Je voudrais parler de la discrimination fondée sur l'âge. Je n'en suis pas conscient mais c'est peut-être à cause de l'environnement dans lequel je vis. Que voulez-vous dire par discrimination fondée sur l'âge? Je reconnais que cela existe en matière d'assurance voyage et de permis de conduire. Y a-t-il d'autres domaines où l'on constate des pratiques discriminatoires de ce genre? Y a-t-il trop de cas où l'on oblige les travailleurs à prendre leur retraite?

Mme Barratt : Je vais vous donner quelques exemples généraux. Si une personne de 85 ans était amenée dans la salle d'urgence d'un hôpital à deux heures du matin et qu'on demandait à un chirurgien de l'opérer, on tiendrait compte de son âge en triant les patients.

Je donne cet exemple parce qu'une étude qui a porté sur neuf ou dix pays sur le triage dans des situations d'urgence indique que les décideurs du domaine de la santé sont parfois amenés à faire des choix et que l'âge est une des variables dont ils tiennent compte.

Pour ce qui est d'avoir accès aux services de santé — et dans ce domaine, il n'y a pas de bien et de mal —, il arrive que le système tienne compte de l'âge des patients. Dans ce cas, il arrive que les personnes âgées ne soient pas choisies. Il y a de la discrimination dans l'accès aux services de santé ainsi que dans le monde du travail.

Nous savons qu'il existe des lois qui régissent les pratiques en matière d'emploi mais il faut être prudent au sujet des pratiques discriminatoires dans le domaine de l'emploi parce que nous avons besoin que des personnes d'un certain âge continuent à travailler, parce que cela est bon pour notre marché du travail. Voici deux exemples.

Si nous prenons les articles de journaux qui traitent des personnes âgées, nous ne voulons pas toujours que ce soit de bonnes nouvelles mais d'une façon générale, nous entendons uniquement parler des personnes âgées que lorsqu'il y a un problème, lorsqu'il s'agit d'un membre non productif ou peu méritant de la communauté, tout comme les jeunes de 15 ou 20 ans ont le même sentiment d'être visés.

Nous devons donc intervenir auprès des médias, ainsi qu'auprès des décideurs et des entreprises. Je ne pense pas que nous ayons vraiment demandé aux entreprises d'être des outils de changement social lorsqu'il s'agit de discrimination fondée sur l'âge.

Le sénateur Stratton : Je vous crois lorsque vous parlez du système de santé. Je sais que dans ce système, les gens doivent faire des choix, et que certains de ces choix sont particulièrement difficiles.

Pour ce qui est de l'accès universel aux médicaments, autrement dit avoir un programme de médicaments pour l'ensemble du pays, je n'ai pas de mal à dire oui parce que cela est facile mais il faudra ensuite négocier avec toutes les provinces et tous les territoires. Bien sûr, si c'était possible d'en avoir un seul, cela serait déjà réglé. Je mentionne cela à titre

in the future of achieving that end, although I think we should continue to push for it and hopefully gradually accomplish that.

It is like having free trade across the country. We have greater free trade with the United States than we have across our wonderful nation for the same reason.

With respect to volunteers, what I have observed, which is not empirical evidence, is there are fewer and fewer volunteers. That is my perception. Active volunteers suffer burnout simply because there are fewer volunteers pushed to do more and more. In the end, they say, "To heck with it," and take a hike.

What do you think is a possible solution to that? How do you encourage people to volunteer? They do it in the schools now. They never had that when I was a kid. I had never heard of the voluntary sector. Your scout master or cub master was a volunteer.

How do we overcome that problem of fewer and fewer volunteers and, as a result, more suffering from burnout? Is there a solution? I have a pessimistic view about this.

Mr. Soulière: From a personal point of view as opposed to chair of the National Seniors Council, my experience is there may not be fewer volunteers, but rather the volunteers are more selective in what they will do. How can you improve? I think Volunteer Canada has produced a number of reports that deal with possible solutions. You may wish to visit the reports they have done.

Before returning last year, I worked with an organization called the Federal Superannuates National Association, which represents retired public servants working with a volunteer base entirely except for 17 paid employees at the beginning. It is a highly successful, very influential organization. Why is it working and why do they not have any significant problems finding volunteers? Because the people there have a sense of mission and talk the same language.

All of the 85 presidents of branches across the country have committees, but they are focused on a mission. I feel that, when people are focused on a mission, they tend to be more committed to volunteering, so maybe we are asking too many volunteers to do too many things as opposed to focusing on some of the things they would like to do.

I personally volunteer only in things that I want to do when I want to do them. I am at that stage of life, too.

Senator Stratton: I think there are a few of us.

Ms. Barratt: I wonder whether we are asking volunteers to do jobs that should be paid. We seem to call on people to volunteer in so many capacities, and I could suggest that some of those capacities should be paid jobs, but we are asking people to step up and not be paid. We are also moving into a generation with an

d'avertissement, pour signaler les problèmes que nous risquons de rencontrer pour atteindre ce but, même si je pense que nous devrions continuer à essayer de l'atteindre et que nous y parviendrions progressivement, du moins je l'espère.

C'est comme la libéralisation des échanges commerciaux dans notre pays. Les échanges commerciaux sont plus libres avec les États-Unis qu'ils le sont à l'intérieur de notre beau pays, pour la même raison.

Pour ce qui est des bénévoles, j'ai constaté, et là je me base uniquement sur ma propre expérience, qu'il y a de moins en moins de bénévoles. C'est ma perception. Les bénévoles sont tout simplement épuisés parce qu'il y a de moins en moins de bénévoles pour faire de plus en plus de choses. En fin de compte, ils se disent : « J'en ai assez », et font autre chose.

Quelle serait d'après vous la solution à ce problème? Comment inciter les gens à faire du bénévolat? Ils en font maintenant dans les écoles. Cela n'existait pas quand j'étais jeune. Je n'avais jamais entendu parler des bénévoles. Le chef scout ou le chef des louveteaux était un bénévole.

Comment résoudre le problème de la diminution du nombre des bénévoles et par conséquent, de l'augmentation des burnout? Y a-t-il une solution? Je suis pessimiste à ce sujet.

M. Soulière : D'un point de vue personnel et non en tant que président du Conseil national des aînés, je dirais que, d'après ce que j'ai vu, il n'y a pas moins de bénévoles mais plutôt que les bénévoles choisissent davantage ce qu'ils sont prêts à faire. Comment améliorer la situation? Je crois que Bénévoles Canada a publié un certain nombre de rapports qui présentent des solutions. Je vous suggère donc de prendre connaissance de ces rapports.

Avant de revenir l'année dernière, j'ai travaillé pour un organisme appelé l'Association nationale des retraités fédéraux, qui représente des fonctionnaires retraités et qui utilisent uniquement des bénévoles à l'exception de 17 employés qui ont été embauchés au début. C'est un organisme très puissant et très influent. Pourquoi cela fonctionne-t-il et pourquoi cet organisme n'a-t-il pas de difficulté à trouver des bénévoles? C'est parce que les gens qui y travaillent ont le sentiment d'accomplir une mission et parce qu'ils se comprennent bien.

Les 85 présidents des sections réparties dans l'ensemble du pays ont des comités, mais ils ont une mission à remplir. Je pense que, lorsque les gens veulent remplir leur mission, ils ont tendance à être davantage motivés à faire du bénévolat, de sorte que nous demandons peut-être à trop de bénévoles de faire trop de choses au lieu de leur demander de faire les choses qu'ils aimeraient faire.

Personnellement, je ne me porte volontaire que pour faire les choses que je veux faire au moment où je veux les faire. J'en suis également à cette étape de ma vie.

Le sénateur Stratton : Je pense que vous n'êtes pas le seul.

Mme Barratt : Je me demande si nous ne demandons pas aux bénévoles de faire des choses qui devraient être rémunérées. Nous demandons aux bénévoles de faire tant de choses et je pense que certaines de ces choses devraient être rémunérées mais nous demandons aux gens de les faire gratuitement. Nous en arrivons

expectation of volunteers that is quite different from 10 years ago. I will not volunteer in the next 10 years because I may want to go and do something for myself. I think volunteers are becoming much more discerning in what they want to do and what hours they want to volunteer and why they want to do it.

As my colleague said a moment ago, the purpose of doing volunteer work must be clearly enunciated. Is it time limited or is it long-term and what will you get out of it? Volunteers want to know that what they do, whether it be involved in palliative care, they can see they are doing something worthwhile and are received graciously and with acknowledgement — recognition that they are important.

The world that we live in is so fast. Sometimes we do not take that time with our volunteers as well as we should.

The one thing I do not think we are experiencing in this country yet, but we will, is insurance around volunteers. Gone are the days when volunteers can transport Ms. Smith from A to B, and when that hits our country, and it will, that will put a whole different shape on the volunteer movement. That is why I think we need to seriously refer in this report to the role of volunteers and how we support them to remain as volunteers.

Ms. Mitchell: As a parent, when my children were growing up, it was a different age. We were at home to bake the cookies, to make the costumes. However, today I think the employer should be encouraged to allow employees time off to volunteer. I know some do. My granddaughter is fortunate. Her company encourages and expects their employees to volunteer at least for one thing, and the employees are given time off to do that.

The society seems to be today, if you want your children to play hockey or ball or whatever, you do not have to go and be the coach — you write a cheque. If you go and work a bingo or whatever, you get that money back, and if you do not work the bingo, your cheque gets cashed. My children are some of these people who say, “Fine, let them cash my cheque; I do not want to give up my entire afternoon or evening.”

We need to give volunteers an income tax reduction to make it, but I feel there is no greater role in this world than to be a volunteer.

I can remember growing up in a French Canadian village in New Brunswick, our mother was gone and my father said to us, “Whenever you do a favour for someone, do not expect it to be returned, but it will be returned to you 10-fold.” When you go through life and are at the latter part of life and things happen and you see what people do for you, it will amaze you.

également à une génération qui a au sujet des bénévoles des attentes très différentes de ce qu’elles étaient il y a dix ans. Je ne ferais pas de bénévolat au cours des dix prochaines années parce que je vais peut-être vouloir faire quelque chose pour moi. Je pense qu’à l’heure actuelle les bénévoles savent mieux ce qu’ils veulent faire, le temps qu’ils veulent y consacrer et les raisons pour lesquelles ils veulent le faire.

Comme mon collègue l’a dit il y a un moment, il faut que le but recherché par le bénévolat soit clairement précisé. Cela représente-t-il pour lui un engagement limité ou à long terme et que va-t-il en retirer? Les bénévoles veulent être sûrs de faire quelque chose d’utile, par exemple, donner des soins palliatifs, et que leur travail est bien accueilli et apprécié — l’importance de leur rôle doit être reconnue.

Nous vivons dans un monde où tout va si vite. Nous ne prenons pas toujours le temps de parler à nos bénévoles comme nous devrions le faire.

Il y a une chose qui n’est pas encore arrivée ici, mais qui va bientôt venir, c’est la nécessité d’assurer les bénévoles. L’époque où des bénévoles pouvaient transporter Mme Tremblay du point A au point B est bien révolue et lorsque cela va arriver ici, ce qui est certain, cela va modifier considérablement le bénévolat. C’est la raison pour laquelle je pense qu’il faut consacrer une bonne partie de ce rapport au rôle des bénévoles et de ce que nous pouvons faire pour conserver nos bénévoles.

Mme Mitchell : Lorsque j’étais parent et que j’élevais mes enfants, nous vivions à une époque fort différente. Nous étions à la maison pour faire des biscuits et préparer des déguisements. Je dirais qu’aujourd’hui on devrait encourager les employeurs à accorder du temps libre à leurs employés pour qu’ils fassent du bénévolat. Je sais que certains le font. Ma petite-fille a de la chance. Son entreprise encourage les employés à faire du bénévolat et elle leur accorde du temps libre pour le faire.

La société semble fonctionner de la façon suivante de nos jours; si vous voulez que vos enfants jouent au hockey ou à un autre sport, vous n’avez pas besoin de vous en occuper et de devenir entraîneur — vous faites un chèque. Si vous aidez pour le bingo ou ce genre de choses, vous récupérez votre argent mais si vous ne le faites pas, votre chèque sera encaissé. Mes enfants font partie des gens qui disent : « Très bien, qu’ils encaissent mon chèque; je n’ai pas envie de perdre tout mon après-midi ou toute ma soirée pour cela. »

Il faudrait donner aux bénévoles une réduction de l’impôt sur le revenu pour qu’ils fassent ce travail et je pense qu’on ne peut rien faire de mieux au monde que d’être bénévole.

Je me souviens d’avoir grandi dans un village canadien français au Nouveau-Brunswick, notre mère était décédée et mon père nous avait dit : « Chaque fois que vous rendez un service à quelqu’un, n’attendez pas qu’il vous le rende et il vous sera rendu au centuple. » Quand on arrive à la fin de sa vie et qu’on voit tout ce que les gens font pour nous, on est surpris.

I would like to find some way to take the 40-, 50-year-old, my kids included, and encourage them to volunteer, and not just on a golf course or to run a golf tournament, which is something they want to participate in. If they were allowed time off from work, I really think it would make a difference.

There was an article in *The Toronto Star* recently about a man changing his clothes because he was allowed time off to take his son to soccer. Do you remember he was carrying his three children out of the car? We have to encourage employers to allow that kind of thing. I know that could not happen in many retail businesses. Maybe it could be scheduled at different times and an allowance could be made for a couple of volunteer hours a week and be paid for it.

The Chair: Thank you, Senator Stratton and Ms. Mitchell. That is a good place to end. There are hundreds of thousands of Canadians volunteering every single day in this country, but we need more. Many of our organizations cannot exist without their contributions.

This has been excellent. We have previously heard, as you can imagine, many of the ideas that you have presented but you provided us with a very thorough summary, and we appreciate your attendance today.

Senators, we will suspend for half an hour and come back at 1:30 p.m. at which point we will be giving some instructions to our drafters.

The committee continued in camera.

J'aimerais trouver le moyen d'amener les gens de 40 à 50 ans, comme mes enfants, à faire du bénévolat; pas simplement à travailler sur un terrain de golf ou à s'occuper d'un tournoi de golf, parce que c'est quelque chose à laquelle ils veulent participer. Si on leur donnait du temps libre pour le faire, je pense que cela ferait une grande différence.

Un article est paru récemment dans le *Toronto Star* au sujet d'un homme qui se changeait pour amener son fils jouer au soccer parce qu'on lui avait donné quelques heures de libre pour le faire. Vous souvenez-vous qu'il portait ses trois enfants? Il faut encourager les employeurs à permettre à leurs employés de faire ce genre de choses. Je sais que cela ne pourrait pas se faire dans les commerces de détail. On pourrait peut-être accorder ce temps libre à d'autres moments et l'on pourrait prévoir quelques heures de bénévolat par semaine, qui seraient rémunérées.

La présidente : Merci, sénateur Stratton et madame Mitchell. C'est un bon moment pour conclure. Il y a des centaines de milliers de Canadiens qui font du bénévolat tous les jours et cela ne suffit pas. La plupart de nos organisations ne pourraient pas survivre sans leur contribution.

Nous avons eu une excellente séance. Nous avons déjà entendu, comme vous pouvez l'imaginer, la plupart des idées que vous nous avez présentées mais vous nous avez donné un résumé très complet et nous sommes heureux de vous avoir entendus aujourd'hui.

Sénateurs, nous allons suspendre la séance pendant une demi-heure et nous reprendrons à 13 h 30; nous donnerons alors des instructions à nos rédacteurs.

La séance se poursuit à huis clos.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

National Seniors Council:

Jean-Guy Soulière, Chair.

International Federation on Ageing:

Jane Barratt, Secretary General.

National Pensioners and Seniors Citizens Federation:

Joyce Mitchell, Treasurer.

TÉMOINS

Conseil national des aînés :

Jean-Guy Soulière, président.

Fédération internationale du vieillissement :

Jane Barratt, secrétaire générale.

Fédération nationale des retraités et des citoyens âgés :

Joyce Mitchell, trésorière.



116439

